

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TCC UFSC ENF 0031

Autor: Nascimento, Vilma

Título: Assistência de enfermagem a gest



Ac. 239682

972521601

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

N.º de

TCC
UFSC
ENF
0031
Ex.1

CCSM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES
COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GRAVIDEZ LIGADA AO TABAGISMO

JOICE EVALDA STIEHLER
VILMA NASCIMENTO

VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

ORIENTADORA: PROFA. LORENA MACHADO E SILVA (MSC)

SUPERVISORA: PROFA. ODÉLIA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS

PROFA. EVANGELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS, 1987

SUMÁRIO

	Pág.
AGRADECIMENTOS	
I - INTRODUÇÃO	01
II - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	04
III- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PREVISTAS ..	27
IV - CONCLUSÃO	31
V - RECOMENDAÇÕES	34
VI - BIBLIOGRAFIA	36
VII - ANEXOS	37

AGRADECIMENTOS

- A Lorena, pela orientação, amizade, apoio, compreensão, carinho, amabilidade, entusiasmo dedicados durante a elaboração, desenvolvimento e conclusão do projeto.

- As enf^{as} Odalêa e Evanguelia, pela compreensão, apoio, atenção dedicados durante o período de estágio.

- Aos funcionários e pacientes pela compreensão e carinho a nós dedicados durante o estágio.

INTRODUÇÃO

O presente relatório explana os resultados obtidos a partir dos estágios que nos propusemos a atingir na Maternidade Carmela Dutra (MCD), no período de 14/09 à 01/12/87 com gestantes portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez (DMEG) associada ao tabagismo.

Para a elaboração deste, as alunas Joice Eválida Stiehler e Vilma Nascimento tiveram a orientação da professora Lorena Machado e Silva e a supervisão das enfermeiras Odaléa Maria Bruggemann dos Santos e Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

O estágio foi desenvolvido nas unidades de interação I, II, III, IV e VIII, no centro obstétrico e Unidade de terapia intensiva (UTI).

Consensualmente optamos por não repetir a revisão bibliográfica já que esta, assim como as demais informações com relação a instituição onde atuamos, consta no planejamento.

Acreditamos ser importante a elaboração do relatório, pois através deste deixamos registradas as informações de todas as atividades desenvolvidas, pesquisas realizadas, observações que mereçam destaque e que possam vir a subsidiar atividades posteriores.

De acordo com AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA¹ relatório é a exposição e relação dos principais fatos colhidos por comissão ou pessoa encarregada de estudar determinado assunto. É a narração ou descrição verbal ou escrita, ordenada e mais ou menos minuciosa daquilo que se viu, ouviu ou observou.

O relatório não deve fornecer apenas informações a respeito das atividades realizadas com o paciente, ao contrário, deve fornecer subsídios que possam contribuir para elevar o nível da assistência prestada ao indivíduo, família e/ou comunidade.

Abordaremos dentro das atividades desenvolvidas pontos referentes a assistência prestada a gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) associada ao tabagismo, bem como sua família levando em conta os aspectos biopsicosocial espiritual. Destacaremos a importância da assistência prestada a mulher durante a gravidez e o papel relevante dos elementos que integram a equipe de saúde. Os objetivos que constam do planejamento serão novamente expostos para melhor entendimento dos resultados obtidos.

OBJETIVOS GERAIS:

Desenvolver ações de enfermagem que visem a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da população alvo, aplicando princípios científicos.

Assistir as gestantes portadores de DHEG e tabagistas, enfatizando os aspectos mórbidos decorrentes destas e estabelecer um plano de cuidados de enfermagem.

Minimizar a problemática decorrente da situação de internação, proporcionando uma preparação psicológica para melhor aceitar a internação e os riscos provenientes da gravidez.

Executar ações administrativas que visem, de maneira direta ou indireta, a melhoria da qualidade da assistência a ser prestada as gestantes.

II - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Os resultados serão apresentados a partir do plano de ação e interrelacionados com o cronograma com a finalidade de avaliarmos nosso desempenho e o cumprimento de todas as atividades previstas. Escolhemos a apresentação dos resultados desta maneira pelo fato de verificarmos que fazendo o relato a partir dos objetivos, a descrição das ações seria repetitiva.

Consideramos adequado usar o plano de ação como referência, já que o mesmo operacionaliza os objetivos específicos definidos no projeto.

AÇÕES ASSISTENCIAIS:

1. Participar do exame físico realizado pela equipe médica a gestantes com DHEG e/ou tabagistas.

Consideramos o objetivo alcançado uma vez que a previsão era de 55 (cincoenta e cinco) o número total de participações em exames físicos e participamos de 162 (cento e sessenta e dois). O que oferece uma média de 14 (quatorze) exames/semana. Esta média superou o previsto.

Nas três primeiras semanas o número de participações foi irrisório porque estávamos nos adaptando nos setores onde iríamos atuar, e organizando outros pontos referentes a objetivos a serem cumpridos, e que mereceram maior atenção no início do estágio.

Nas duas últimas semanas houve redução, devido ao fato de intensificarmos nossas atividades no SAME e iniciarmos as visitas domiciliares.

Sempre que possível contactuamos com a equipe multiprofissional e procuramos discutir fatos relevantes acerca da gestante e família. Cabe ressaltar que não nos detivemos em assistir apenas as gestantes portadoras de DHEG já que a demanda destas foi pequena durante o período do estágio.

Executamos técnicas e procedimentos tais como: enema, puncionamento de veia, tricotomia, cateterismo vesical, retirada de pontos, instalação de cateter de O₂, instrumentação em curetagem, aplicações EV e IM.

Através da avaliação diária das condições da paciente e da supervisão dos cuidados prestados, procuramos desenvolver uma boa assistência de forma a suprir as necessidades encontradas.

Sentimos grande satisfação pessoal e profissional, pois mantivemos maior contato com outros elementos da equipe de saúde para troca de idéias, opiniões e aprendizagem, bem como, com a família das pacientes conseguindo esclarecer suas dúvidas, medos e apreensões, utilizando para tal conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação e revisão bibliográfica. Não encontramos dificuldades para realizar tais

ações já que procuramos nos esforçar ao máximo para conseguirmos um bom desempenho e contamos com o respaldo dos profissionais da instituição.

2. Assistir a gestante na sala de admissão, unidade e UTI, levantando dados através do anexo 9, estabelecendo o plano de cuidados.

Tínhamos como meta assistir a um total de 110 (cento e dez) gestantes, porém ultrapassamos com um total de 150 (cento e cinquenta), com uma média de 14 (quatorze) gestantes/semana. Para todas as gestantes, puérperas e RN.as quais assistimos na sala de admissão, unidade e UTI, agimos de forma a amenizar ou sanar seus problemas, enfocando aspectos biopsicossocial espiritual. Porém o levantamento de dados que consta no anexo 9 (nove) foi aplicado somente com gestantes portadores de DHEG e/ou tabagistas, sendo nossa principal meta catalogar dados destas gestantes para posterior visita domiciliar. A assistência foi prestada através de técnicas, utilizadas como medidas terapêuticas, registro e relato de informações, que tinham como objetivo a interpretação das condições da paciente para posterior intervenção e conseqüente aprimoramento da assistência prestada.

Através da coleta de dados que consta no anexo 9, desenvolvemos maior habilidade na relação pessoa-pessoa, algo que consideramos importante para que se possa colher dados referentes a um determinado cliente.

Aprimoramos técnicas já ministradas durante o

curso, o que contribuiu para uma melhor assistência prestada e para o nosso desenvolvimento profissional. Não nos foi possível executar técnicas e procedimentos mais complexos na UTI, já que somente a partir da 9^a semana tivemos oportunidade de observar todos os cuidados com a paciente portadora de DHEG.

3. Dar apoio emocional e orientar quanto a ocorrências e dúvidas durante o período de internação.

Consideramos esta ação alcançada já que durante o período do estágio procuramos esclarecer as dúvidas, medos e intercorrências que as gestantes assistidas ou não por nós, demonstraram e/ou questionaram.

Procuramos elucidar as dúvidas, principalmente imediatas e posteriormente mantinhamos outros contatos com a finalidade de conscientizar as gestantes quanto a importância das orientações recebidas visando abolir ocorrências que viessem a agir como empecilhos durante o trabalho de parto.

A título de conscientização e informação distribuímos o boletim sobre uso do fumo durante a gestação, elaborado por nós que consta no planejamento e que ~~o~~ abordaremos posteriormente neste relatório.

As dúvidas mais comuns apresentadas pelas gestantes eram:

- com relação a DHEG ("não sabiam");
- quanto a intensidade e duração das contrações;
- medo da aplicação do anestésico para episiotomia e episiorrafia;

- não sabiam como agir durante o período expulsivo;
- muitas primíparas pediam para que fosse feito cesárea, pois achavam que o bebê não conseguiria nascer.

Tivemos como principal recompensa o privilégio de trocar alguns conhecimentos e experiências com as gestantes e puérperas e de minimizar as apreensões e dúvidas e mesmo condições patológicas.

Sentimo-nos satisfeitas quando notificamos que as gestantes e/ou família, principalmente as gestantes portadoras de DHEG estavam informadas quanto a patologia mantendo assim um equilíbrio principalmente psicológico, o que contribuiu para um trabalho de parto sem intercorrências clínicas de maior gravidade. Ficamos um tanto chocadas quando nos deparamos com o fato de que as mães portadoras de DHEG e que tiveram um acompanhamento pré-natal chegaram em trabalho de parto na instituição sem ao menos saber que possuíam pressão arterial elevada e muito menos a patologia- (DHEG).

Por isso, deixamos aqui uma crítica, um comentário ou uma pergunta simplesmente.

Se as gestantes portadoras de patologias não são informadas do fato, nem ao menos tratadas adequadamente, como estarão sendo atendidas as gestantes "normais"???

4. Acompanhar a parturiente com DHEG e/ou tabagista no transcorrer do trabalho de parto no parto normal ou cesariana,,

prestando assistência necessária.

Assistimos a um total de 77 partos com uma média de 7 partos/semana, sendo que o previsto era o total de 55 acompanhamentos a parturientes.

Sempre que possível, acompanharmos as gestantes na sua admissão, durante o trabalho de parto, parto normal ou cesárea e no puerpério, prestando assistência necessária, não esquecendo da família (no tocante a orientações).

Ho. de parto.

Dialogamos com as gestantes, prestando os cuidados ou procedimentos que se faziam necessários, discutimos com a equipe os problemas ou fatos os quais achávamos relevantes, visitamos diariamente as puérperas nas unidades, orientando-as no que se fizesse necessário, conseguimos na maioria das vezes avaliar a qualidade da assistência prestada.

Quando notávamos que a paciente estava preocupada, apreensiva ou insatisfeita com a assistência, angustiada com a ausência ou perda do filho, procuramos fazer o possível para resolver as intercorrências. Muitas vezes, conseguimos.

Temos certeza que principalmente durante o trabalho de parto, período no qual a mulher se torna mais sensível e susceptível a tudo, tivemos condições de proporcionar a parturiente, através de um atendimento mais humanitário e de orientações individuais, uma assistência adequada e individualizada.

Sentimos certa dificuldade por parte de algumas parturientes na receptividade e entendimento das orientações

e exercícios respiratórios durante o período expulsivo; no entanto, devido ao fato de que nossa integração com a equipe multiprofissional decorreu sem problemas, as orientações eram reafirmadas outras vezes por todos os profissionais.

5. Encaminhar a assistência necessária.

Através da assistência prestada, levando em consideração ocorrências que mereceram destaque, execução de técnicas e procedimentos, realização da visita domiciliar, avaliação das condições gerais de cada gestante, encaminhamos os casos que, para nós, se fizeram necessários.

Na visita domiciliar tivemos oportunidade de avaliar as condições da mãe e R.N. e encaminhamos ao serviço de saúde competente.

PRINCIPAIS ENCAMINHAMENTOS:

- Ao BLH e CIAM (na MCD).
- Ao Ambulatório.
- Ao serviço de pediatria do berçário da MCD.
- Encaminhamento dos familiares a (o) enfermeiro(a) e ao médico responsável pela paciente.
- Ao serviço de puericultura do DASP.
- Encaminhamento a APAE (teste do pezinho).

Foi de grande valia pelo fato de propiciarmos as gestantes e/ou família um maior entrosamento destes com os serviços de saúde existentes e que estão disponíveis para contribuir para o bem estar social.

6. Efetuar visita domiciliar visando atender e/ou orientar quanto as necessidades da cliente e do meio em que está inserida, possibilitando maior integração entre serviço de saúde - cliente.

Efetuamos 17 visitas domiciliares as gestantes portadoras de DHEG e/ou fumantes a partir de novembro/87, sendo que o previsto era de 15 visitas.

Iniciamos a coleta de dados durante todo o estágio, porém as visitas domiciliares foram feitas somente em novembro/87 pelo fato de que a demanda de gestantes portadoras de DHEG foi pequena durante o período do estágio.

Pela assistência prestada, observação do estado geral das pacientes, preenchimento do instrumento de coleta de dados da gestante durante o período em que esta se encontrava na instituição, quando da visita possuíamos subsídios para desempenhar um bom atendimento, nortocante a orientações e encaminhamentos.

Encontramos boa receptividade, por parte das clientes, quando realizamos a visita, porém muitas não foram encontradas no domicílio, quando foram visitadas, o que nos obrigou a voltar outro dia, fazendo com que gastássemos maior tempo por cliente visitada.

Durante a noite foram verificadas:

- as dúvidas da cliente acerca da patologia.
- a pressão arterial.
- orientações sobre a importância da amamentação até 6 meses de idade.

- presença de sinais e sintomas decorrentes da DHEG.
- encaminhamentos aos serviços de saúde para a puerpêrea e o R.N.
- Nos sentimos como verdadeiras agentes de saúde, podendo contribuir com nossa bagagem científico-cultural e que achamos significar muito para a cliente que se encontra desinformada.

Acreditamos que as ações do profissional da área da saúde, não devem ser restritas a área hospitalar, mas estarem presentes em todos os níveis de assistência ao indivíduo, família ou comunidade.

7. Realizar uma reunião semanal com gestantes tabagistas utilizando o boletim de orientação que consta no anexo 8, possibilitando a troca de experiências e discussões de problemas entre pacientes que estejam vivenciando a mesma situação.

Estava prevista a realização de 1(uma) reunião semanal, porém realizamos uma reunião/dia com gestantes tabagistas com a finalidade de orientar e conscientizar as gestantes quanto aos problemas que o hábito de fumar pode trazer para a mãe e o feto durante a gestação.

Distribuimos uma média de 50 boletins, inclusive para gestantes e puérperas não fumantes, pois estas demonstraram interesse em ler o que continha no boletim, a título de curiosidade, informação e prevenção.

Todas as orientações dadas as gestantes fumantes foram registradas no prontuário.

Não realizamos reunião nas 2 últimas semanas de estágio porque, como justificamos anteriormente, estávamos envolvidas com outros objetivos do planejamento que ainda estavam por cumprir. Durante as reuniões houve uma troca de opiniões e experiências entre as gestantes com relação ao hábito de fumar; o que propiciou maior interesse entre as mesmas.

Não encontramos nenhuma dificuldade para a realização destas reuniões, pois obtivemos receptividade por parte das mães que demonstraram interesse com relação ao assunto e verbalizarmos, por exemplo, a intenção de reduzir o número de cigarros/dia, a eliminação do fumo durante amamentação e próxima gravidez.

Realizamo-nos por conseguir expor sem autoritarismo a um grande número de gestantes os males que o hábito de fumar pode trazer para ambos (mãe e filho).

Tentamos lembrar que a gestante puérpera traz consigo uma bagagem cultural (costumes, hábitos, atitudes, gostos...) e o enfermeiro traz, além disso, uma formação profissional que pode contribuir ou intervir no comportamento das pessoas, não modificando contudo, de maneira radical suas atitudes, mas conscientizando e/ou orientando acerca do que for necessário.

8. Registrar no prontuário intercorrências e cuidados relacionados a paciente.

A partir da 2ª semana quando realmente assistimos as gestantes, não nos detivemos ao fato de anotar no pron-

tuário as ocorrências e cuidados prestados.

Com o decorrer do estágio e sob orientação e supervisão, "acordamos" para o fato da importância do registro, já que através deste podemos avaliar as condições da paciente e modificar, se necessário, a conduta assistencial adotada.

Além de podermos exercitar o registro nos prontuários, compreendemos que através destes, documenta-se todas as intervenções, alterações clínicas e cuidados prestados às pacientes, tornando-se o prontuário um documento para o indivíduo e do qual poder-se-á utilizar posteriormente dados para realização de pesquisa.

9. Executar técnicas e procedimentos de enfermagem principalmente relativos a clientes com DHEG visando o bem estar da mesma.

Como já dissemos anteriormente, não tivemos oportunidade de executar técnicas e/ou procedimentos de maior complexidade relativos as pacientes portadoras de DHEG, devido a pequena demanda durante o período do estágio; somente na 9ª semana tivemos oportunidade de acompanhar as pacientes que se encontravam na UTI.

Contudo prestamos assistência as pacientes hipertensas quando estas se encontravam na admissão, no parto e na unidade, onde executamos com auxílio e orientação, técnicas menos complexas, tais como: puncionamentos de veia, tricotomia, enema, administração de medicamentos EV. e IM., orientações a gestante e/ou família acerca do trabalho de parto e da patologia e cuidados imediatos com RN.

AÇÕES ADMINISTRATIVAS:

10. Contactar com os funcionários (CO e Enfermaria I), visando expor os objetivos do estágio e do planejamento assim como uma maior integração.

Na primeira semana de estágio, contactuaram com as enfermeiras responsáveis por cada local de atuação, fim de marcarmos uma reunião com todos os funcionários de cada setor com objetivo de esclarecer o motivo pelo qual estávamos na instituição e com quem e como iríamos atuar. As enfermeiras Sônia Castilhos e Odaléa Maria B. dos Santos sugeriram que esta reunião fosse realizada nos dias 22 e 23 de setembro às 14:00 horas, uma vez que neste dia haviam sido convocados todos os funcionários para uma reunião cuja pauta se referia a marcação de férias. E esta sugestão foi acatada.

Acreditamos que o bom relacionamento entre nós, equipe médica e de enfermagem foi um reflexo de um preparo anterior no qual foi exposto todo um planejamento de atividades a serem desenvolvidas, resultando numa integração entre profissionais e estagiários o que proporcionou e facilitou uma troca de informações-científica de grande importância. Também nos deu oportunidade de podermos passar a outros profissionais conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação em enfermagem e nas vivências em outras instituições hospitalares.

O primeiro contato com um indivíduo ou uma situação é muito importante e pode ter uma repercussão significativa e marcante, podendo trazer como consequência uma barreira

de difícil acesso; dificultando o relacionamento e prejudicando o desenvolvimento de atividades e ações por parte do indivíduo e de outros elementos que de determinada forma estão ligadas a ele.

11. Realizar nos primeiros 3 meses levantamentos de normas e rotinas relacionadas a assistência de Enfermagem.

Ao iniciarmos nossas atividades naquela instituição, tivemos como uma das principais preocupações a levantamento de normas e rotinas pertinentes a Enfermaria I, Centro Obstétrico (CO) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as quais acreditamos estar diretamente ligada a forma com que a assistência é prestada, tendo um valor significativo na realização de atividades e procedimentos.

Todas as normas e rotinas por nos levantadas nos setores citados acima estão dispostos nos anexos I a IV. Elas tem como objetivo a melhoria da assistência e o resguardo da saúde do cliente/ agente de saúde frente as várias formas de contaminação, assim como a prevenção da disseminação de doenças.

Durante o transcorrer do estágio houve um acréscimo de normas e rotinas decorrentes do problema que a AIDS vem causando, visto não estar bem definido as formas de combate ao virus, e acrescentadas ao trabalho logo após ser divulgada pela Enfermeira do CO.

Assim como a exposição das atividades com os funcionários é de grande importância para uma assistência inte

gral e integralizada pela equipe profissional, o conhecimento das normas e rotinas também o são. Elas devem estar presentes e serem feitas de forma consciente e crítica para que a saúde não seja corroída por atividades ultrapassadas e inadequadas. Há necessidade de atualização permanente das mesmas visando eliminar instruções que, recentes, indiquem que são prejudiciais à saúde.

12. Manter contato com a equipe multiprofissional proporcionando a troca de conhecimentos técnico e científicos.

A equipe multiprofissional na qual nos inserimos, nos proporcionou um período de satisfação e realização profissional, nos oportunizando uma participação nas atividades terapêuticas dispensadas, exames físicos, procedimentos e técnicas mais complexas como paracentese e amnioscopia. Isto nos proporcionou uma abertura maior com a equipe, de forma a podermos questioná-los sobre seus conhecimentos, sobre a assistência e a DHEG. Também tivemos várias oportunidades de questionarmos a equipe médica sobre a conduta por eles prestada as gestantes e puérperas.

Um dos propósitos a que tínhamos nos disposto era a realização de um programa de atualização em DHEG com funcionários da UTI e os demais funcionários das Unidades que estivessem interessados. Isto não se realizou uma vez que a enfermeira responsável pela UTI relatou ter feito esta atividade há alguns meses atrás não achando assim necessário a repetição do programa. Por outro lado, achando de importância o tema

referido acima, e sob sua orientação nos detivemos a realização de um questionário com o objetivo de podermos identificar o grau de compreensão dos funcionários que participaram do seminário realizado pela enfermeira e os que não participaram, cujo resultado e análise se encontra no anexo IX.

O relacionamento deve fazer parte da equipe de saúde uma vez que esta deve atuar de forma direta em todas as fases do seu desenvolvimento e crescimento de modo a proporcionar e garantir o seu bem estar psicológico, físico e biológico, atuando de maneira integral e integralizada com a equipe de saúde.

Sentimos através de várias experiências em outras instituições e conversas com vários elementos da saúde, a importância da realização da educação continuada em serviço com o propósito de melhorar a assistência prestada e de cuidados importantes com determinados procedimentos. entre outras coisas vão refletir de forma direta na saúde e bem estar do cliente, além de tornar o funcionário mais seguro de suas ações e bem capacitado para realizá-las.

13. Manter contato quinzenal com as orientadoras para discutir o andamento do projeto.

A reunião quinzenal com a orientadora tinha por objetivo avaliar o andamento das nossas atividades e oferecer sugestões para o aprimoramento e desenvolvimento do trabalho.

A pauta das reuniões se diversificava a cada reunião, porém em todas elas o assunto referente a pesquisa no

SAME que consta no anexo X estava sempre presente uma vez que encontramos muitas dificuldades em fazê-lo, devido as péssimas condições de armazenamento e guarda dos documentos.

Ressaltamos que somente a reunião que deveria ser realizada na última semana não pode ser feito, por motivos que impediam o comparacimento da orientadora e que as datas de algumas reuniões foram alteradas devido a realização dos plantões noturnos que ocorreram nestes dias.

O prontuário do paciente é um documento no qual deve constar informações a respeito do seu estado atual, e dos procedimentos e técnicas realizadas durante o período em que estiver na instituição e deverá ser guardado para pesquisas posteriores ou outras atividades que se faça importante. A conservação adequada dos prontuários facilita o manuseio em ocasiões que necessita a sua revisão, bem como em atividades de pesquisa.

14. Manter contato com as supervisoras para apreciação do andamento do estágio.

A avaliação semanal que consta do planejamento e que tinha como participante as Enfemeiras Evenguelia e Odalêa, se realizava no Auditório do MCD as 6^{as} feiras, no período das 11:30 horas da manhã, horário este sugerido pelas mesmas e com a nossa participação e conhecimento. Ela ocorria em forma de reuniões de grupo onde eram apreciados pelos membros e debatidos, os problemas relativos a pesquisa no SAME, pouca demanda de gestantes com doença Hipertensiva Específica da Gravi

dez (DHEG), realização de boletim sobre DHEG que consta no anexo XI, cartazes sobre o fumo na gestação que posteriormente foram afixados nas Unidades e estão presentes no anexo XII. Também foi levantado por nós o propósito de fazermos fichas dos medicamentos encontrados na UTI, sendo em seguida relatado pela Enfermeira responsável que durante o treinamento realizado com os funcionários por solicitação e sugestão dos mesmos tal tarefa já tinha sido realizada só que a apresentação das fichas também programada ainda não tinha sido realizada, assim sendo foi solicitado que as funcionárias que haviam feito, trouxessem o restante dos medicamentos as estagiárias se encarregariam.

Apesar de termos aproveitado bem este período de reflexão, avaliação e "organização" não realizamos todos os encontros previstos devido a vários impecilhos para as estagiárias uma vez que realizaram o plantão noturno todas as 5^{as} feiras, por ser melhor que em outros dias da semana o que impossibilitava o encontro na 6^a feira, e posteriormente surgiram outras atividades com as supervisoras que impediram a realização no período marcado. Acreditamos que apesar do acontecido, não houve prejuízo nas atividades desenvolvidas.

15. Analisar juntamente com os funcionários de enfermagem a assistência prestada, as dúvidas, assim como as consequências desta, propondo um plano de atualização que será apreciado pela chefe de enfermagem.

Este plano de ação deveria iniciar a partir da

4ª semana, sendo antecipado devido ao bom relacionamento que propiciou a troca de informações. Pudemos comprovar durante a nossa permanência na instituição a presença de normas e rotinas para atuação a gestantes com DHEG que é de bom nível, atual e de fácil acesso, proporcionando uma assistência rápida e qualificada.

Apesar do relacionamento harmonioso que tivemos com funcionários, pudemos ser testemunhas de atividades realizadas e medicamentos administrados sem qualquer conhecimento e noção.

Acreditamos que todas as atividades realizadas seja ela complexa ou não tem um motivo, uma justificativa e que deve ser do conhecimento da pessoa que irá realizar, uma vez que através do conhecimento de determinada atividade você está mais apta a realizá-la de forma correta, eficaz e identificando precocemente prováveis alterações decorrentes da conduta realizada.

16. Realizar semanalmente coleta de dados no SAME, em prontuários de pacientes com DHEG e tabagistas.

Esta pesquisa foi realizada no período determinado com o propósito de fazermos um levantamento e comentário a respeito do número de internações obstétricas no período de 01/06/86 à 01/07/87, relacionando com o total de gestantes tabagistas e portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. O levantamento foi realizado em todos os prontuários existentes no SAME referentes ao período pré-determinado. Dos

1.509 prontuários encontrados apenas 966 eram de internações obstétricas, equivalendo a 64,01% dos prontuários, destes 40,22% apresentava-se sem registro de pressão e tabagismo.

TABELA I - Distribuição das gestantes fumantes, hipertensas, fumantes e hipertensas, segundo o tipo de parto.
MCD - Florianópolis, 1987

Características Tipo de Parto	FUMANTE			HIPERTENSA			Fumante e hipertensa	Outros
	Sim	Não	S/Reg.	Sim	Não	S/Reg.		
Parto Normal	145	124	261	20	510	34	7	494
%	9,60	8,21	17,29	1,32	38,79	2,25	0,46	
Cesária	38	41	285	26	388	27	4	
%	2,51	2,71	18,88	1,72	22,39	1,78	0,26	32,73
Total	183	165	546	46	848	61	11	494
%	12,12	10,93	36,18	3,04	56,19	4,04	0,72	32,73

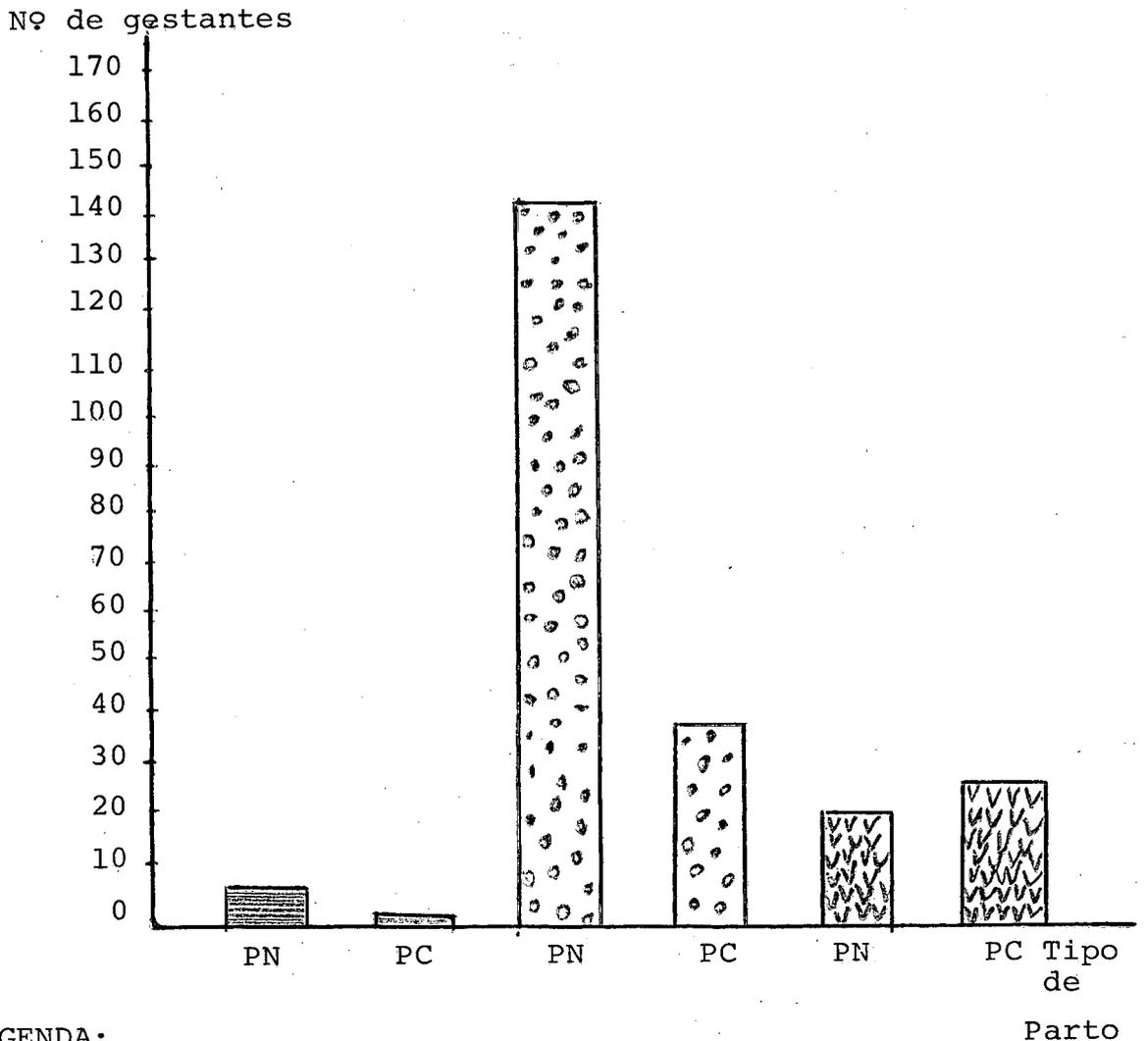
Foram achados 49 prontuários somente com a folha de identificação do paciente.

Podemos constatar conforme dados presentes na tabela acima que dos 348 prontuários com anotações sobre o tabagismo, somente 10,93% se abstiveram do uso do fumo durante a gestação, o que nos preocupa uma vez que 77,17% delas são de classe baixa e conseqüentemente apresentam péssimas condições alimentares e sanitárias intensificando os prejuízos que o fumo causa a sua saúde e do RN, tanto na sua formação intra-uterina quanto no crescimento e desenvolvimento psicomotor.

Na comparação dos dados podemos observar que a maior parte das gestantes internadas com aumento significativo da pressão foram submetidas a casárian perfazendo 3,04% do total de prontuários levantados.

GRAFÍCO I - Distribuição das Gestantes Fumantes, Hipertensas fumantes e hipertensivas, segundo o tipo de parto.

MCD - Florianópolis, 1987.



LEGENDA:



Fumante e Hipertensa

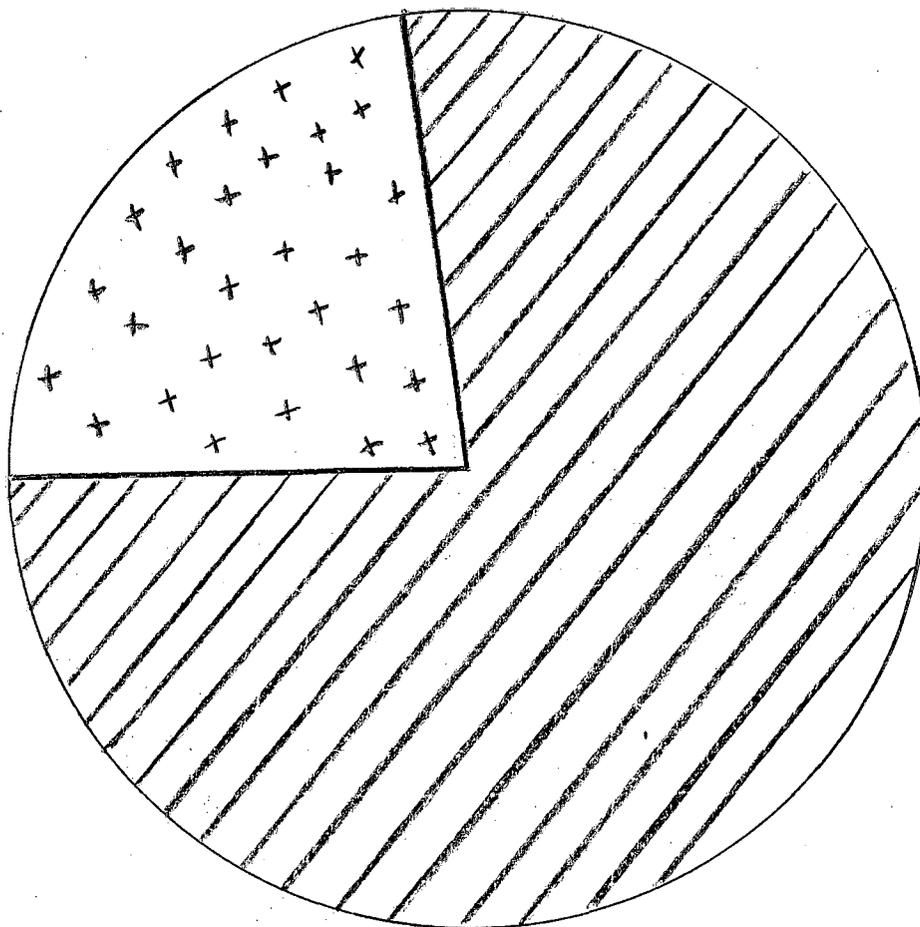


Fumante



Hipertensa

GRÁFICO II - Representação do número de prontuários levantados no SAME e número de prontuários registrados.
MCD - Florianópolis, 1983



LEGENDA:

-  Total de partos realizados de 01/06/86 a 11/07/87.
-  Total de prontuários encontrados no SAME e computados no levantamento das acadêmicas.

III - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PREVISTAS

- 1) Colocação de Cartazes nas Unidades referentes ao tabagismo durante a gestação.

Com o decorrer do estágio, sentimos necessidade de anexar nas unidades cartazes relativos ao uso do fumo durante a gestação. Nosso propósito foi o de fazer com que as gestantes se interessassem pelo assunto, orientar, conscientizar e talvez propor alterações no comportamento visando abolição do fumo durante a gestação. Cremos que ao menos conseguimos chamar a atenção das gestantes para os cartazes, fazendo-se refletir sobre o assunto pois detectamos por várias vezes que estas foram lidas.

As frases que constam nos cartazes estão no anexo XII.

2. Assistência a gestantes com Feto Morto (F.M.) e Parto Prematuro.

Devido a baixa demanda de pacientes portadoras de DHEG na instituição e a taxa relativamente alta durante algumas semanas de pacientes com F.M. e P. prematuro dispomo-nos a as-

sisti-las durante este período.

Nos propusemos a prestar assistência direcionada principalmente ao fator psicológico, pois acreditamos ser este o mais atingido, quando tratar-se do fato de uma mulher saber que sua gestação está sendo problemática.

De maneira geral, as mães mantiveram-se calmas, demonstrando conformidades e benevolência consigo mesmas, o que nos dificultou descobrir como verdadeiramente o fato as afetou.

Sabemos que ninguém pode nem deve dizer a uma gestante que está ocasionalmente alegre aguardando a chegada de um filho que este morreu por motivos clínicos ou que vai nascer antes da data certa esperando que ela fique conformada e parta "pra outra" simplesmente, porém durante o período de assistência procuramos esclarecê-la e/ou auxiliá-la no que estivesse ao nosso alcance.

3. Boletim para a gestante portadora de DHEG.

Ao término do estágio, pudemos perceber a falta de informações e orientações, que a gestante demonstrou acerca da patologia. (DHEG).

Durante o estágio tivemos a oportunidade de esclarecer as gestantes o que é DHEG, seus sinais e sintomas, causas, etc..., todavia achamos primordial e necessário criar algo mais, simples, porém que adquirisse um caráter informal e educativo. Como consequência, surgiu, após discussão e orientação com as supervisoras e orientadora o "Boletim da Gestante portadora de DHEG" que consta no anexo XI.

4) Elaboração de fichas de medicamento mais utilizados na UTI.

Por se tratar da unidade de terapia intensiva (UTI) o grau de conhecimentos, cuidados, procedimentos, execução de técnicas, aplicação de medicamentos (que principalmente a equipe de enfermagem deve ter) deve ser mais amplo com relação a outras unidades por tratar de pacientes que necessitam de cuidados intensivos e meticolosos.

De acordo com o que foi descrito nos objetivos administrativos, os funcionários da instituição sentiram necessidade pessoal e profissional de aprofundar seus conhecimentos com relação aos medicamentos mais utilizados na UTI. Alguns funcionários já haviam iniciado a elaboração de fichas contendo informações a respeito destes (dos medicamentos). Pensamos então, em elaborar as fichas do restante dos medicamentos que faltaram para que estas fossem anexadas na UTI e posteriormente fossem utilizados como fonte de consulta beneficiando o profissional e o paciente.

A relação dos medicamentos fichados encontram-se no anexo XIII.

5) Orientações sobre aleitamento materno e encaminhamentos ao Banco de Leite Humano e CIAM da M.C.D.

De acordo com a necessidade de cada mãe, e nossa disponibilidade de tempo e oportunidade, orientamos as mães com relação a várias informações, dentre elas: a importância do aleitamento materno à criança até pelo menos 6 meses de idade,

prevenção de engurgitamento dos seios e fissura, encaminhamento ao BLH como prevenção de engurgitamento, aumento da ingestão hídrica para maior produção de leite, evitar o fumo quando estiver amamentando ou se possível aboli-lo e como proceder com a higiene íntima devido a episiorrafia.

Creemos que estas informações apesar de fornecidas pelos funcionários da instituição, sendo reforçadas por nós, foram de vital importância tanto para as mães quanto para nós mesmas, pois revimos oportunamente algumas orientações ministradas durante o curso de graduação.

6) Levantamento dos medicamentos mais utilizados no C.O., Enfermaria I.

Devido a nossa pequena convivência na área hospitalar, concluimos ser necessário executar um levantamento nos setores onde iríamos atuar (C.O. e Enfermaria I) dentro da instituição, para que pudessemos expandir nossos conhecimentos e conseqüentemente aprimorar a assistência prestada.

Vale lembrar que sempre que tivemos dúvidas com relação a qualquer medicamento, os funcionários prontificaram-se imediatamente em resolvê-los e discutiríamos a respeito das dúvidas. Isso, conseqüentemente, incentivou e facilitou nosso aprendizado.

A lista dos medicamentos consta nos anexos XIV, XV.

IV - CONCLUSÃO

Diante da baixa taxa de incidência de gestantes portadoras de DHEG durante o período do estágio, desanimamos um pouco no início, pois tínhamos propostas bem definidas com relação a nossa atuação na instituição (M.C.D.).

Porém observando sob outro prisma, procuramos nos concentrar na qualidade da assistência prestada e não na quantidade de gestantes atendidas por nós.

Acreditamos que mesmo em pequeno número, pudemos proporcionar às gestantes portadoras desta patologia, assistência direcionada e individualizada, preocupando-nos também com a família a qual, através de diálogos, esclarecendo sobre vários fatores acerca da patologia, minimizando assim a angústia e apreensão pelas quais os familiares passam.

Ficamos preocupadas quando nos deparamos com a realidade da assistência pré-natal prestada as gestantes, em especial portadoras da DHEG. Estas, como já fizemos alusão anteriormente, chegam a instituição quase que completamente desinformadas quanto aos riscos que a patologia pode trazer a elas e ao feto. A princípio culpamos categoricamente a péssima qualidade e cobertura da assistência pré-natal prestada as gestantes ; posteriormente refletimos sobre o assunto e reconhecemos o pa-

pel importante que a enfermagem pode e deve desempenhar no tocante a assistência, destacando-se a parte de orientação a gestante hipertensa.

Sob o ponto de vista pessoal, a implantação do projeto que ora avaliamos, foi de suma importância tanto a convivência com a equipe multiprofissional quanto com as gestantes e familiares, pois pudemos desenvolver nossas habilidades e contribuir, através do desenvolvimento do projeto, com a melhoria do nível da assistência prestada.

Sob o aspecto profissional eu, Joice, posso afirmar que consegui suplantar meus tabus, medos e a falta de experiência com relação a esta área; e eu, Vilma, que me foi proporcionada a aquisição de maior experiência e que me realizei tanto sob o aspecto pessoal quanto profissional, pois futuramente minha meta de trabalho será a área obstétrica.

Com a realização do relatório tivemos oportunidade de opinar (através de recomendações) sob alguns aspectos os quais consideramos importantes e merecedores de atenção visando como produto final o bem estar do paciente/família.

Para com a instituição, procuramos sempre não atrapalhar o andamento das atividades, buscando a integração com os diferentes profissionais da equipe de enfermagem e de saúde e contribuir de maneira significativa na assistência.

Queremos aqui deixar nosso agradecimento expresso as pacientes, aos funcionários (que sempre procuraram resolver conosco as dúvidas, que surgiam), as supervisoras Odaléa e Evanguelia e a orientadora Lorena; a estas dizer pessoalmente nosso "muito obrigado" e que sem suas orientações, sugestões,

recomendações, experiências, talvez não tivéssemos conseguido desenvolver nosso trabalho.

V - RECOMENDAÇÕES

CONSIDERANDO	RECOMENDAÇÃO
<p>- Considerando que o estágio realizado por nós na MCD foi de grande valia para o desenvolvimento profissional.</p>	<p>- Recomendamos a UFSC que mantenha convênio com a mesma para que outros acadêmicos possam desfrutar da mesma oportunidade:</p>
<p>- Considerando que o arquivo de uma instituição é fundamental na utilização de dados lá contidos como fonte de diversas pesquisas ou até mesmo de consultas para a própria instituição e que este se encontra desorganizado.</p>	<p>- Recomendamos ao órgão ou pessoa competente da MCD/SAME/brevidade na organização do mesmo:</p>
<p>- Considerando que o custo de uma lâmina de bisturi é de Cz\$ 8,68 sendo reestilizável de melhor manuseio e assepsia e o custo de uma gilete é de Cz\$ 6,34 sendo material descartável (o que aumenta as despesas) de manuseio difícil e menos asséptica.</p>	<p>- Recomendamos que para a retirada de pontos, seja adquirida pela instituição e utilizada pelo funcionário a lâmina de bisturi.</p>
<p>- Considerando que as gestantes portadoras de DHEG chegam à instituição desinformadas acerca da patologia decidimos elaborar um boletim informativo.</p>	<p>- Recomendamos que o mesmo seja apreciado pela instituição para posterior distribuição as gestantes catalogadas no ambulatório ou à parturiente e pelas adquirindo o referido instrumento caráter educativo e preventivo.</p>

CONSIDERANDO	RECOMENDAÇÕES
<p>- Considerando que pesquisamos os prontuários das gestantes de 06/86 à 07/87 que foram atendidas pela MCD encontramos muitas fichas de partograma não preenchidas, onde dados importantes relativos as pacientes foram suprimidos prejudicando assim o caráter informativo.</p>	<p>- Recomendamos que estes sejam preenchidos sempre que possível e com maior número de dados relativos a paciente.</p>

VI - BIBLIOGRAFIA

1. FERREIRA, Aurélio. B.H. Novo Dicionário de língua portuguesa. Editora Nova Fronteira, pg. 1222, 1975.

VII - ANEXOS

ANEXO I

ESQUEMA SULFATO DE MAGNÉSIO ($Mg_6O_4 \cdot 7H_2O$)

ATAQUE:

1º) 20ml solução 20% E.V. lento.

Preparo:

8ml a 50% + 12ml H_2O destilada.

2º) 20ml solução 50%. IM profunda 1/2 em cada glúteo.

MANUTENÇÃO:

10ml solução 50% - 1/2 em cada glúteo

4 - 6 horas

ANTÍDOTO:

Gliconato de cálcio 10% IV lento

ESQUEMA DE HIDRALAZINA.

ATAQUE:

1º) 5mg I.V. repetido a cada 20' se necessário.

Preparo:

Diluir 1 ampola em 9ml de H_2O

Administrar 2,5 ml.

MANUTENÇÃO:

1º) 10 mg I.M. cada 4 - 6 horas

2º) 25 a 50 ml V.O. - 6/6 horas.

Florianópolis, 21/04/87

Dr. Jorge Abi Saad Neto

ANEXO II

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE EM USO DE SULFATO DE MAGNÉZIO.

01. Critérios a serem observados.

1.1. Assistência de enfermagem contínua.

1.2. Cateterismo venoso.

1.3. Cateterismo vesical.

1.4. Sulfato de Magnésio ($MgSO_4$) administrado quando:

- Frequência Respiratória 14 por min.

- Diurese 20ml por hora.

- Reflexo patelar claramente presente.

1.5. Gluconato de cálcio acessível na cabeceira da cama.

OBSERVAÇÃO:

O controle da Frequência Respiratória deve ser rigorosa pois a administração da droga pode resultar em depressão respiratória.

Florianópolis, 22 de abril de 1987.

Evanguelia K.A. dos Santos

Enf. Responsável pela UTI da MCD.

A N E X O I I I

COLETA DE MATERIAL PARA EXAME EM LABORATÓRIO.

- PROTEINÚRIA DAS 24 HORAS.

É a coleta de urina eliminada em 24 horas pelo organismo. O laboratório fornece o recipiente indicado e o funcionário orienta ao paciente para urinar todas as vezes que estiver com vontade no recipiente ou urinar na comadre e colocar no vidro. A urina deve ser conservada em geladeira.

- COLETA DE SANGUE P/FATOR RH E TIPAGEM SANGUÍNEA:

Toda a paciente ao ser admitida deve informar o seu tipo sanguíneo e seu fator RH, caso não tenha esta informação deve ser feita a coleta do sangue do cordão umbilical ligado a placenta após o parto.

Coleta de sangue na unidade é feita por funcionários do próprio laboratório.

- COLETA DE URGÊNCIA DE SANGUE PARA EXAMES DE ADULTOS:

- Hematologia:

- . Hematócrito/Hemoglobina
- . Leucograma
- . Hemograma

} 1 gota EDTA para 2,5 ml de sangue.

- Coagulograma - somente em emergência hemorrágica:
 - . TAP, KPTT, Fibrinogênio, T.Trombina - 0,5 ml de citrato de sódio - 3,8% + 4,5 ml de sangue.
- Contagem de plaquetas - tubo plástico 2 gotas EDTA + 2,5 ml de sangue.
- Tempo Sangramento - Realizado pelo laboratório.
- Tempo Coagulação - Realizado pelo laboratório.
- Retração de coágulo - 1ml de sangue em 1 tubo de hemólise pequeno.

OBS: TAP e KPTT = conservar os tubos em geladeira em UTI.

Na rotina de cirurgia cardíaca, não havendo complicação, será realizado a coleta do material e congelado a -20°C para realização do exame no dia seguinte pela rotina.

- BIOQUÍMICA.

- Uréia Sódio CPK - total
- Creatinina Potássio CKP - M.B.
- Glicose Cálcio Magnésio
- Amilase Bilurrubina.

Para um exame: 3ml tubo seco sem anticoagulante, para mais de 1 exame = 5ml de sangue sem coagulante. Todos os exames = 10 ml de sangue sem anticoagulante.

- LÍQUOR.

- glicose

- proteínas

- citologia total e específica

- bacterioscopia pelo gran-cultural.

Logo após a coleta enviar para laboratório com
urgência.

ANEXO IV

DILUIÇÃO DE TINTURA DE IODO.

GALÃO DE 5 LITROS.

- Marca:

Catarinense 2% - Álcool iodado 3% = 150 ml (H₂O destilado).

- Iodo aquoso 5% = 250 ml

- Quimidrol - Álcool iodado 3% = 150 ml

- Iodo aquoso 5% = 250 ml

Ceme - Álcool iodado 2% = 100 ml

- Iodo aquoso 3% = 150 ml.

ANEXO V

ROTINA PARA DESINFECÇÃO / E LIMPEZA DE MATERIAL E MOBILIÁRIO DO CENTRO OBSTÉTRICO.

- LUVAS:

- Após o uso colocá-las por 10 minutos em solução de "CIDEX".
- Retirá-la e acondicioná-la em saco plástico para posteriormente encaminhá-la ao centro de material e esterilização (CME).

OBS: A solução de CIDEX deve ser trocada a cada 12 horas. na troca de plantão.

- MATERIAL DE PARTO, SERINGAS E APARELHOS DE TRICOTOMIA:

- Após o uso destes materiais colocá-los por 10' em solução de "CIDEX".
- Após retirar o material e lavar com água e sabão.
- Encaminhar ao centro de material e esterilização após ter sido lavado com água e sabão.

OBS: A solução de "CIDEX" deverá ser trocado a cada 12 horas na troca de plantão.

- COMADRES:

- Após o uso desinfetar com germopol a 5% ou 3%, deixando a

solução agir por 5 minutos.

- CAMA, TRAVESSEIRO E MESA DE PARTO:

- Desinfetar com germopol a 5% ou a Vellicin a 3% a cada troca de paciente deixando a solução agir por 5 minutos.

- MACA E MESA DE EXAMES:

- Desinfetar a cada troca de plantão com germopol a 5% ou a wellicin a 3%.

OBS: Desinfetar cada vez que estiver suja de sangue ou secreção.

ATENÇÃO:

Deve ser usado luvas para executar os seguintes procedimentos:

- tricotomia
- troca de forro perineal das pacientes
- limpeza de material de parto, seringas, rompedores de bolsas e comadres.
- desinfecção de camas, macas, mesas de parto e mesas de exames.

ANEXO VI

ORIENTAÇÕES SOBRE LAVAR AS MÃOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

(Condensado do manual sobre lavar as mãos - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Brasília - DF - 1987).

PROCEDIMENTOS: Lavagem básica das mãos.

INDICAÇÕES:

- sempre que as estiverem sujas.
- Antes:
 - . De ministrar medicamento oral;
 - . De preparar nebulização.
- Antes e após:
 - . Os trabalhos hospitalares;
 - . A realização de atos e funções fisiológicas e pessoais: se alimentar, limpar e assoar o nariz, usar a toailete, pentear os cabelos, fumar ou tocar em qualquer parte do corpo;
 - . O preparo de materiais ou equipamentos, exemplo: cateter intravascular, sistema fechado de drenagem urinário e equipamentos respiratórios;
 - . Coleta de espécimes;
 - . A aplicação de medicação injetável;

. A higienização e troca de roupa dos pacientes.

PRODUTOS UTILIZADOS: Usar:

- Água e sabão líquido, preferencialmente, ou sabão em barra pequena, seco em saboneteira suspensa e vazada ou saboneteira vazada.

TÉCNICA:

- Fique em posição confortável, sem tocar na pia, e abra a torneira;
- Mantenha, se possível, a água numa temperatura agradável - (água quente ou muito fria resseca a pele). Use de preferência, sabão líquido (2ml) ou sabão em barra (enxaguando o sabão antes do uso).
- Ensaboe as mãos e friccione-as por, aproximadamente, 15 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
- Enxugue-as com papel toalha descartável;
- Feche a torneira usando o papel-toalha descartável, sem encostar na pia ou torneira.

OBSERVAÇÃO:

- Contra indiga-se o uso de toalhas coletivas de tecido ou em rolo bem como o secador elétrico.

PROCEDIMENTO:

- Lavagem e antissepsia das mãos.

INDICAÇÕES:

a) Pré-procedimentos cirúrgicos em geral:

- . cirurgia em geral.
- . procedimentos cirúrgicos de pequeno porte.
- Biópsias, cateterismos vasculares, tranqueostomias, shunts artério-venosos, procedimentos endoscópicos por incisões, punções e drenagens de cavidades serosas, acesso percutâneo à cavidades naturais (cistocath, punção supra-pública e outras cirurgias realizadas em unidades ambulatoriais e de emergência).

b) Pré-procedimentos:

- Antes de (a):

- . Examinar pacientes de isolamento reverso;
- . Preparar dietas para berçários (preparo de mamadeiras, leite, papas, etc...);
- . Preparar solução parenteral ou enteral;
- . Instalar solução parenteral (antes de manusear equipamentos para ministrar a solução);

- . Instalação de hemodiálise;
- . Instrumentação e sondagem através de orifícios naturais (cistoscopia, broncoscopia, laringoscopia - direita e cateterismo vesical);
- Punção biópsia.
- Punção lombar.
- Antes e após:
 - . Qualquer tipo de curativo.
- Após:
 - . Contato com urina, fezes, sangue, saliva, escarro, secreções purulentas ou outras secreções ou excreções, materiais, equipamentos e roupas contaminadas com esses materiais.

PRODUTOS UTILIZADOS:

1ª opção:

- Solução anti-séptica detergente:
- Solução detergente de PVP-I a 10% (1% de iodo ativo).

2ª opção:

- Usar água e sabão líquido por 5 minutos, e, após.
- Solução anti-séptica de álcool iodado a 0,5 de 1%, por 1 minuto.
- Usar água e sabão líquido, e, após, solução anti-séptica de álcool iodado a 0,5% ou 1% (com glicerina a 2%), ou

álcool etílico a 70% (com glicerina a 2%).

TÉCNICAS:

1. Remova todas as jóias, pulseiras ou anéis, inclusive alianças. Mantenha as unhas aparadas e sem esmalte. Mantenha as mãos em altura levemente superior aos cotovelos. A lavagem das mãos deve ser ritual, com movimentos de fricção, iniciando-se pela extremidade dos dedos, espaços interdigitais, diferentes faces das mãos e ante-braços, durante 5 minutos antes da primeira cirurgia e de 2 a 5 minutos antes das cirurgias subsequentes, desde que a anterior não tenha sido infectada. Nesse caso, dever-se-á obedecer o tempo de 5 minutos. Enxague as mãos em água corrente e torne a aplicar de novo o PVP-I. Enxugue com toalha ou compressa esterilizadas, com movimentos compressivos.
2. A mesma técnica descrita. Use água e sabão líquido, friccionando as mãos por 5 minutos e após usar solução de álcool iodado a 0,5 ou 1%, com ou sem glicerina a 2%, por 1 minuto, mantendo a mesma técnica.

Lave as mãos com água e sabão, por, aproximadamente 15 segundos. Aplique anti-séptico por um minuto, friccionando todas as faces das mãos, de acordo com a técnica anteriormente descrita. Não havendo toalha ou compressa estéril para secagem das mãos, não use papel-toalha, deixe-as secar naturalmente.

OBSERVAÇÃO:

- Empregue escovas com cerdas macias, descartáveis e/ou esterilizadas. Contra-indicam-se as escovas de cerdas duras, capazes de promover lesões cutâneas nas mãos e ante-braços, e também a manutenção de escovas em soluções desinfetantes, ou seu reaproveitamento após o primeiro uso. Não dispondo de condições adequadas para o uso de escovas, deve-se dar preferência ao desenvolvimento da técnica sem escovagem. Contra-indica-se a imersão das mãos em bacias com álcool iodado e a remoção de resíduos do anti-séptico detergente em soluções alcoólicas, após a anti-sepsia.

Pode-se empregar o antiséptico detergente nas instituições que assim o preferirem.

A glicerina evita o ressecamento das mãos. O álcool etílico a 70% é uma opção secundária.

PROCEDIMENTOS:

Lavagem e antisepsia direta das mãos, sem lavagem prévia com água e sabão.

INDICAÇÕES:

Nos locais onde não houver pias ou em situações emergenciais, em que se necessita a aplicação rápida de um antiséptico.

PRODUTOS UTILIZADOS:

- Álcool iodado a 0,5% ou 1% (com glicerina a 2%); ou
- Álcool etílico a 70% (com glicerina a 2%); ou
- Álcool iodado a 0,5 ou 1%; ou
- Álcool etílico a 70.

TÉCNICAS:

- Coloque 3 a 5ml de anti-séptico sobre as mãos, friccione todas as faces durante 1 minuto. Não utilize papel toalha para secagem (deixe secar naturalmente).

OBSERVAÇÃO:

- Procedimento emergencial e não rotineiro.

ANEXO VII

TÉCNICAS REALIZADAS NAS ROTINA DE INTERNAÇÃO PARA:

T. Parto:

Tricotomia

Fleet - enema

Também verifica-se peso e Pa, CCF, e dilatação.

Aborto:

Tricotomia

Verifica-se PA, peso e temperatura.

Mastite:

Verifica-se PA, temperatura e peso.

Tricotomia da região axilar.

Em todos os casos de internação são preenchidos 4 fichas, sendo:

- Ficha de identificação do recém-nascido.
- Folha da sala de parto.
- Folha de prescrição médica.
- Folha de trabalho de parto ou clínica.
- Obstetrícia.

OBS: Nos casos de mastite e aborto a ficha da sala de parto e de identificação do recém-nascido, não são preenchidas, assim como nos casos de patologia ginecológicas.

CLÍNICA OBSTETRÍCIA OU T.PARTO.

- Idem ao anterior.



UNIDADE		CATEGORIA			
NOME			REGISTRO		
UNIDADE	IDADE	QUARTO/LEITO	DATA		
ANTECEDENTES					
FAMILIARES					
PESSOAS					
GINECOLÓGICOS					
OBSTÉTRICOS					
GESTA		PARA			
DATA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO		MOVIMENTOS ATIVOS DO FETO AOS	MESES		
EXAME FÍSICO					
ESTADO GERAL		FACIES	ALTURA	PESO	BIÓTIPO
MUCOSAS VISÍVEIS		PÊLOS		PELE	
ESQUELETO	TIREÓIDE	EDEMAS		VARIZES	
EXAME CLÍNICO APARELHOS					
PRESSÃO ARTERIAL			PULSO		TEMPERATURA
EVOLUÇÃO EM GESTAÇÃO					
DATA PROVÁVEL DO PARTO					
DIAGNÓSTICO					
ASSINATURA – MÉDICO – CRM					

TRABALHO DE PARTO

DURAÇÃO DO TRABALHO NA CLÍNICA		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
DATA HORA																										
PRESSÃO ARTERIAL																										
PULSO																										
TEMPERATURA ..																										
TÔNUS E SÍSTOLE																										
DILATAÇÃO DO COLO EM CENTÍMETROS																										
MEMBRANAS																										
ALTURA DA APRESENTAÇÃO		ES																								
		EM																								
		EI																								
BATIMENTOS CARDIOFETAIS		200																								
		180																								
		160																								
		140																								
		120																								
		100																								
		80																								
SECUNDAMENTO		MECANISMO																								
		PLACENTA																								
		MEMBRANAS																								
		ROTURA																								
		EPISIOTOMIA																								
DIAGNÓSTICO		OPERAÇÃO																								
RECEM-NATO		CORDÃO																								
		PERDA SANGÜÍNEA																								
		ANALGESIA/ANESTESIA																								
		MÉDICO																								
SEXO		M	F	COR		PESO		APGAR 1'		5'																
NUTRIÇÃO		DEFORMIDADE		TRAUMATISMOS																						
CREDE		REANIMAÇÃO		COMPRIMENTO																						

IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO



SECRETARIA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

IDENTIFICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDO

CO
IO
e

UNIDADE

NOME			
DATA DA ENTRADA	HORA	QUARTO	ENF.
DATA DO PARTO	HORA	PESO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ATENDIDO POR			
ALTA EM	VISTO DR.		

OBSERVAÇÕES

--

IDENTIFICADA POR	VISTO
------------------	-------

RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA NO DIA DA ALTA

NOME		
ENDEREÇO — RUA		Nº
BAIRRO		CIDADE
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE	COR
GRAU DE PARENTESCO		
AUTORIZADO POR		
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		
ASSINATURA		
ENTREGUE POR		
DATA DA SAÍDA DO R. N.	HORA	
REVISADO POR		

SALA DE PARTO

- É preenchida quando na admissão da gestante e após o parto.
- Idem a anterior.



SECRETARIA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

SALA DE PARTO

UNIDADE								
PAI			DOMICÍLIO					
MÃE			IDADE	COR	EST. CIVIL			
GS		RH		GEST. ANT.				
NASC. VIVOS		ATUALMENTE VIVOS			ABORTOS			
DOENÇAS ANT.								
GESTOSE NESTA GRAVIDEZ								
MAMAS				LACTAÇÃO ANT.				
PARTO ATUAL								
HORA		DATA		DURAÇÃO DE GESTAÇÃO		PRÉ-NATAL		
DURAÇÃO DO TRABALHO, ETAPAS 1 E 2								
ROTURA DAS MEMBRANAS					HORAS ANTES			
LÍQUIDO				APRESENTAÇÃO				
POSIÇÃO				TIPO				
DROGAS ADMINISTRADAS								
MOTIVOS, SE FOI OPERATÓRIO								
ANESTESIA								
COMPLICAÇÃO								
FETO	SEXO	COR	PESO	ALTURA	PEC. CRAN.	PER. TÓRAX		
AVALIAÇÃO DE APGAR								
SINAIS FÍSICOS		0		1		2		TOTAL DE PONTOS
BATIMENTOS CARDÍACO		AUSENTE <input type="checkbox"/>		ABAIXO DE 100 <input type="checkbox"/>		ACIMA DE 100 <input type="checkbox"/>		
ATIVIDADE RESPIRATÓRIA		APNÉ <input type="checkbox"/>		LENTA IRREGULAR <input type="checkbox"/>		NORMAL <input type="checkbox"/>		
IRRITABILIDADE REFLEXA		AUSENTE <input type="checkbox"/>		CARETA <input type="checkbox"/>		TOSSE E ESPAS. <input type="checkbox"/>		
TÔNUS MUSCULAR		FLACIDEZ <input type="checkbox"/>		DISCRETA FLEXÃO <input type="checkbox"/>		AMPLA FLEXÃO <input type="checkbox"/>		
COR		PÁLIDO OU CIANÓLICO <input type="checkbox"/>		CORPO RÓSEO EXTR. AZUIS <input type="checkbox"/>		TODO RÓSEO <input type="checkbox"/>		
A (S)				EXAME DO FETO				
<input type="checkbox"/> ASPECTO GERAL (AMADURECIMENTO, TÔNUS MUSCULAR, NUTRIÇÃO, EDEMAS)		<input type="checkbox"/> CORAÇÃO <input type="checkbox"/> ABDÔMEN <input type="checkbox"/> GENITÁLIA <input type="checkbox"/> TRONCO E COLUNA <input type="checkbox"/> EXTREMIDADE <input type="checkbox"/> REFLEXOS <input type="checkbox"/> ANUS NORMAL O ANORMAL X		DISCRIMINAÇÃO DE SINAIS IMPORTANTES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/> PELE <input type="checkbox"/> CABEÇA E PESCOÇO <input type="checkbox"/> OLHOS <input type="checkbox"/> OUVIDO, NARIZ, BOCA E GARGANTA <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> PULMÕES		IMPRESSÃO GERAL						
DATA E HORA DO EXAME				MÉDICO		CRM		

ANEXO IX

QUESTIONÁRIO / SOBRE D.H.E.G.

QUESTÕES

RESPOSTAS

1. O que você sabe sobre o DHEG?
- Doença específica da gravidez que aparece nas gestantes hipertensas.
 - É uma doença específica da gravidez e se manifesta nas gestantes hipertensas.
 - É a alteração da pressão além do normal durante a gestação.
 - 3 não responderam.
 - Entendo que é uma paciente com eclâmpsia.
2. Assinale as alternativas (que você acha) corretas.
- Quais das gestantes abaixo que podem adquirir mais facilmente a DHEG.
 - a) primípara c/+35 anos
 - b) primípara c/+18 anos
 - c) nulípara
 - d) hipertensa
 - e) múltípara
 - f) gestante transfundida
 - g) hiperemese gravídica.
 - Item d:6
 - Item e: 1

QUESTÃO

RESPOSTAS

3. Como se caracteriza a DHEG?
- A paciente apresenta vertigem de visão, cefaleia intensa, vômito, sudorese e convulsão, pressão arterial alta.
 - Hipertensão, edema, diminuição da urina (oliguria), cefaléia ou ausência de urina (anúria).
 - Caracteriza-se por edema, perturbação visual, cefaléia e pouca diurese.
 - Pré-eclâmpsia.
 - Edema, cefaléia, hipertensão, oligúria ou anúria, escotomas.
 - 2 não responderam.
4. Qual a diferença entre Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia.
- Eclâmpsia já teve convulsão - Pré-Eclâmpsia apresenta os sintomas mas não teve convulsão.
 - Eclâmpsia já deu convulsão e Pré-Eclâmpsia não deu convulsão.
 - Eclâmpsia é que a paciente já esta com a doença - Pré-Eclâmpsia é uma paciente que está com sinais e sintomas de eclâmpsia.
 - Eclâmpsia já convulsionou.
Pré-Eclâmpsia ainda não convulsionou.
 - Eclâmpsia antes de convulsionar e pré-eclâmpsia depois de convulsionar.
 - Pré-Eclâmpsia antes da paciente convulsionar.
 - Eclâmpsia é quando já convulsionou.
 - 1 não respondeu.

QUESTÕES

RESPOSTAS

5. Quais os sintomas de eclâmpsia iminente?
- Pressão arterial elevada, vertigem da visão, vômito, cefaléia intensa, retenção de líquido.
 - Dor epigástrica, cefaléia, escotoma cintilante.
 - Edema, cefaléia.
 - Perda de visão, cefaléia, vômito, alteração de PA mais peso.
 - Cefaléia, visão turva, mal estar, ↑ PA, escotomas, dor epigástrica.
 - 2 não responderam.
6. Quando devê-se observar o reflexo patelar?
- É visto pelo médico, antes do sulfato para ver se a paciente reage.
 - Quando a paciente entra em coma e quando não corresponde a solicitação da enfermagem.
 - Quando a paciente está com sintomas de eclâmpsia.
 - Antes de administrar o sulfato. E verifica-se as reações ao estímulo.
 - 3 não responderam.

QUESTÕES

RESPOSTAS

7. As medicações mais utilizadas no tratamento da DHEG são o sulfato de magnésio e a hidralazina. Como esses medicamentos devem ser administrados e quais os cuidados que se deve ter?
- Conforme o estudo da paciente pode ser por via oral ou venosa, no caso de sulfato de magnésio o médico deverá estar presente na hora da aplicação, controle de sinais vitais, controle de diurese.
 - Sulfato de magnésio I.M.
 - Hidralazina E.V., observando P.A.
 - Hidralazina comprimido por via oral; hidralazina E.V. quando a paciente apresentar a mínima P.A.= 110 conforme prescrição médica, o sulfato de magnésio é administrado, quando a paciente não corre o risco de hidrolazina é feito E.M. na UTI com a presença do médico, observar P.A., P. e R. mais diurese.
 - Sulfato - por via oral e I.M..
 - E.V. diluído 6ml de sulfato + 12ml H₂O + 10ml em cada nádega. I.M - 10ml em nádegas alternadas cada 6hs.
- Ao fazer esta medicação ter preparada gluconato de cálcio para usar se o paciente apresentar depressão respiratória.
- Antes de fazer o sulfato tem que observar:
- diurese - mínimo 20ml p/hora
 - respiração
 - reflexo patelar. Fazer esta medicação acompanhado do médico.
- O sulfato de magnésio é administrado no ataque 8ml de sulfato + 11 de H₂O destilada. E mais 2 ampolas que são aplicadas uma em cada nádega. Ao preparar a medicação deve ser preparada a ampola de gluconato, para o caso de depressão respiratória. E sempre na pre-

QUESTÃO

RESPOSTAS

sença do médico. A hidralazina é diluída uma ampola, com 9ml de água destilada. E é aplicada quando a distólicia estiver igual ou maior que 11. Aplicar 2,5ml. Espera 20 minutos. Tornar a verificar a P.A. e se não tiver baixado aplica-se novamente até baixar. Sempre anotando a P.A.

- 2 não responderam.

8. Quais os cuidados de Enfermagem com o paciente com pré-eclâmpsia?

- Observar a pressão arterial, medicar regidamente conforme a prescrição médica.
- Observar a pressão arterial, medicar rigorosamente conforme prescrição médica.
- Manter o ambiente em penumbra e calmo controle de sinais vitais, P.R.T e P.A.
- Controle diurese e PVC se necessário.
- Fazer medicação na veia certa, hora e quantidade certa.
- Anotar no prontuário qualquer anormalidade e S.N. comunicar ao médico.
- Aspirar se necessário.
- Manter fluidoterapia.
- Procurar manter ambiente calmo, com pouca claridade, controle dos sinais vitais, controle de diurese, higiene, conforto. Retirar protese.
- Verificação de S.V.

QUESTÕES

RESPOSTAS

- Observar P.A + P:

Observar cefaléia, vômitos, tontura, controlar diurese ficar em contante observação com a paciente.

Manter a paciente na penumbra.

Permanecer em silêncio e oferecer conforto e bem estar da paciente.

- Ambiente calmo, penumbra, controle de S.V. e IS/IS' e de diurese de hora/hora. Anotando no prontuário. Ficar vigilante, comunicando qualquer alteração. Procurar inspirar confiança, tranquilizando-as sim o paciente.

DHEG. (DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ)

1. O que você sabe sobre a DHEG?

R. É a presença da hipertensão arterial da gravidez, cujos fatores causais é o fato seus anexos.

2. Quais das gestantes abaixo podem adquirir mais facilmente a DHEG.

- a) (X) primípara com mais de 35 anos
- b) (X) primípara com menos de 18 anos
- c) (X) nulípara
- d) (X) Hipertensa
- e) (X) múltipara
- f) () gestantes transferidas
- g) () hiperemese gravídica

3. Como se caracteriza a DHEG?

R. Hipertensão, edema e proteinúria.

4. Qual a diferença entre eclâmpsia e pré-eclâmpsia?

R. Pré-eclâmpsia - se caracteriza por aumento de pressão, edema de mãos e face; proteinúria significativo, Eclâmpsia - pelo aparecimento de convulsões.

5. Quais os sinais e/ou sintomas de eclâmpsia iminente?

R. Cefaléia persistente, abnubilidade mental, vômito, turvação visual e oligúria progressiva em pacientes com pré-eclâmpsia, também a iminência da crise eclâmpsia.

6. Quando deve ser observado o reflexo patelar?

R. Antes da administração do sulfato. E verifica-se a reação ao estímulo.

7. As medicações mais utilizadas no tratamento da DHEG são o sulfato de magnésio e a hidralazina. Como esses medicamentos devem ser administrados e quais os cuidados que se deve ter?

R. O sulfato de magnésio é administrado no ataque - 8ml de sulfato + 12 de H₂O destilada. E mais 2 ampolas que são aplicadas uma em cada nãdega. Ao preparar a medicação deve ser preparado a ampola de gluconato, para o caso de depressão respiratória. E sempre na presença do médico. A hidralazina é diluída uma ampola, com 9 ml de água destilada. E é aplicada quando a distóllica estiver igual ou maior que 11. Aplica-se 2,5 ml. Espera 20 minutos. Torna a verificar a PA e se não tiver baixado, aplica-se novamente até baixar. Sempre anotando a PA. Após a dose de ataque do sulfato. Em cada horário em que for administrado, deverá ser feito na presença do médico e anotado no prontuário, quem assistiu.

8. Quais os cuidados de enfermagem com o paciente com prẽ-eclãmpsia?

R. Ambiente calmo, penumbra, controle de SV de 15/15' e de diurese de hora/hora. Anotando no prontuário. Ficar vigilante. Comunicando qualquer alteração. Procurar inspirar confiança, tranquilizando assim o paciente.

ANEXO X

TABELA II - Distribuição de nascimento e de atendimento obstétrico por categoria .
MCD - Florianópolis - junho/86 a julho/87.

Classif. do Atend. Obst.	Categoria	INAMPS	FUNRURAL	IMPESC	PARTICULAR	CARENTE	OUTROS	TOTAL
GESTANTE:								
Primipara		2.380		414	43	252	148	3.237
Múltipara		4.124		248	75	446	298	5.191
Total		6.504		662	118	698	446	8.428
PARTO:								
Normal		4.815		227	40	594	171	5.847
Forceps		7		-	-	1	4	12
Gemelar		50		3	-	3	5	61
Cesária		1.628		161	78	100	260	2.227
Total		6.500		391	118	698	440	8.147
Curetagem		787		81	42	125	68	1.103
NASCIMENTO:								
Termo		5.691		375	1100	629	408	7.213
Pré-Termo		235		14	2	-	-	2
Pós-Termo		5.926		389	112	698	423	7.458
Natimorto		86		8	1	21	13	129
Neo-Morto		5		-	-	2	2	9

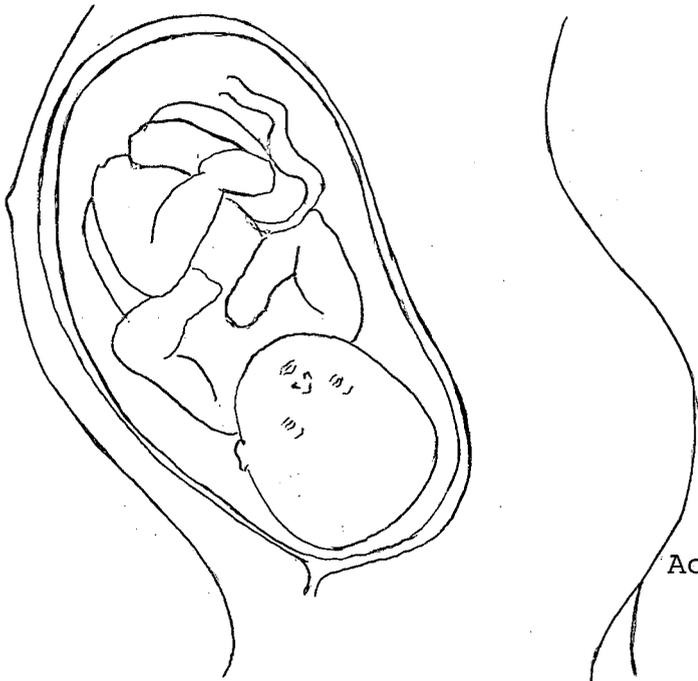
OBS: Com base no Censo existente no Setor de Registro da MCD.

ANEXO XI

MATERNIDADE CARMELA DUTRA

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)

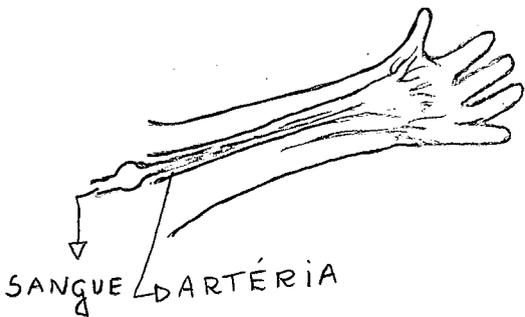
(HIPERTENSÃO = PRESSÃO ALTA)



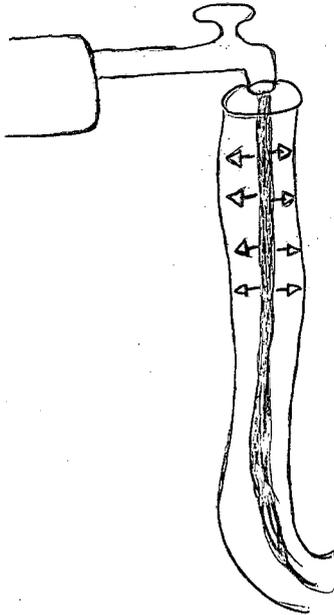
Acadêmicas: Joice E. Stiehler
Vilma Nascimento

- Você sabe o que é pressão alta?

- Quando uma determinada quantidade de sangue não consegue passar pelas artérias a pressão dentro delas (das veias) aumenta, ocorrendo as sim um aumento na pressão sanguínea e você fica com pressão alta.



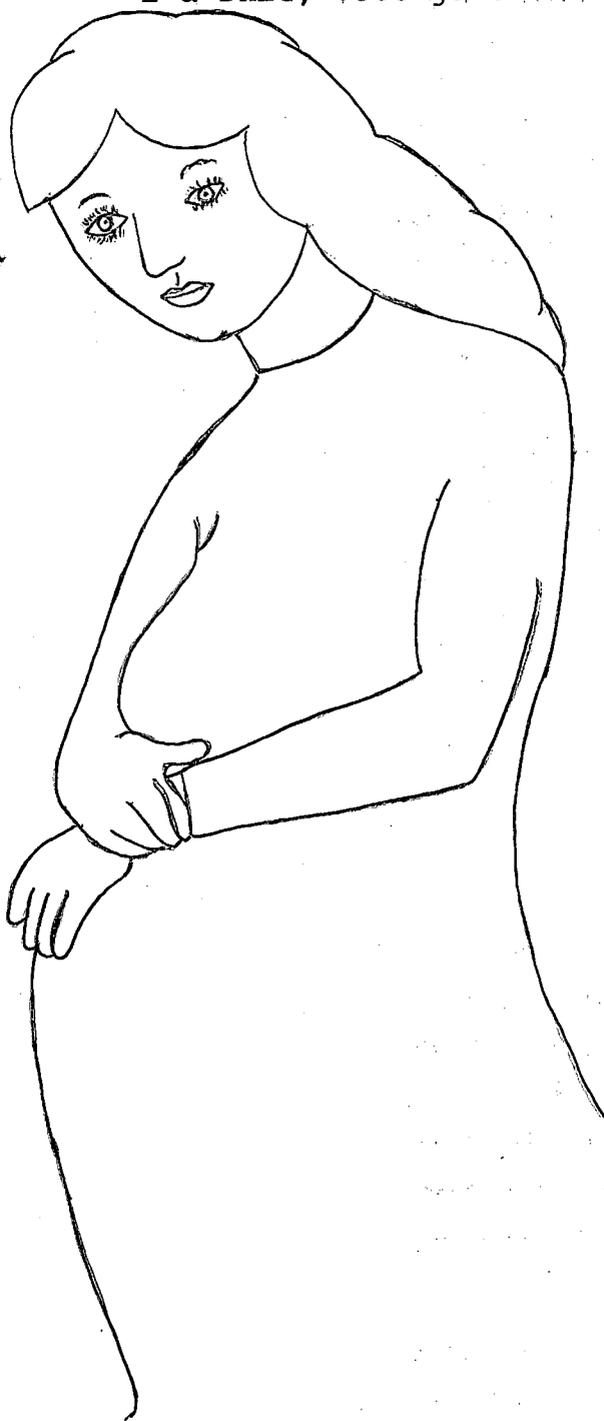
- Vamos exemplificar melhor:



- Você tem uma torneira e uma mangueira. Se você coloca pouca água na mangueira, a água passará sem problemas. Porém se você aumentar muito a quantidade de água, a pressão dentro da mangueira aumentará, pois a quantidade de água é muito grande para o tamanho da mangueira. O mesmo acontece quando sua pressão fica alta.

OBS: Se você fuma o tamanho de suas artérias diminui ainda / mais, pois o cigarro diminui a quantidade de oxigênio nos tecidos do organismo; fazendo com que as veias diminuam de tamanho dificultando ainda mais a passagem do sangue.

- E a DHEG, você já ouviu falar?



Na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) sua pressão fica alta porque você está grávida. Não se sabe exatamente o que acontece. Sabe-se que a presença do bebê faz sua pressão aumentar na DHEG, além da pressão alta, ocorre:

- EDEMA= (pernas inchadas)
- CEFALÉIA= (dor de cabeça)
- TONTURAS
- CONVULSÃO
- PROTEINÚRIA= (problemas nos rins) pode-se saber através do exame de urina.

Se você está grávida procure fazer o pré-natal desde o 1º mês. Desta forma você pode prevenir doenças como a DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), que é responsável por 6,0% das mortes materno-fetal.

* Não esqueça:

- Sentindo algum dos sintomas citados procure logo um serviço de pré-natal, Você estará protegendo ao seu filho e a você mesma.

ANEXO XII

FRASES QUE CONSTAM NOS CARTAZES SOBRE TABAGISMO

- O Fumo Agride o Bebê em formação podendo causar mal formações, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, abortamento, morte fetal e outros problemas durante a gestação.

- Se você desconhece ou não está certa dos males que o cigarro pode causar a você e ao seu filho, procure o seu pré-natalista e peça uma explicação sobre os efeitos do fumo na gestação e no crescimento.

- Não fume.
Respeite a sua saúde e a do seu filho.

- "CIGARRO:AGRESSÃO a você e ao seu FILHO".
Vamos respirar o pouco de ar que nos resta, e não as 4.000 substâncias tóxicas que o cigarro contém.

- CIGARRO - Desejo
 - Vontade
 - Refúgio
 - Status
 - Comida.

Se você fuma por um desses motivos, pare, pense e reflita - vale a pena o risco que nós estamos passando, será que eu não posso trocar o fumo por outra coisa, ou quem sabe tirar 9 meses de férias.

- A intoxicação pelo cigarro pode causar efeitos indesejáveis para o seu organismo e para a formação do seu filho.

- O cigarro pode causar efeitos indesejáveis para o seu organismo e para a formação do seu filho.

Entre eles:

- Nascimento prematuro
- Baixo peso ao nascer
- Abortamento
- Problemas respiratórios (para ambos)
- Mal formações
- Morte fetal.

ANEXO XIII

FICHA DE MEDICAMENTOS MAIS IMPORTANTES ENCONTRADOS NA UTI.

MEDICAMENTOS:

- Decadron
- Fenegan
- Reserpina
- Alupent
- Glicose à 25%
- Glicose à 50%
- Serpasol
- Cedelamide
- Revivan
- Gluconato de cálcio
- Sulfato de magnésio
- Celestone soluspan
- Aminofilina
- Papaverina
- Liquimine
- Adrenalina
- Atropina
- Isordil
- Isuprel
- Cloreto de potássio
- KCL
- Hidralatina
- Soluç. Cortef.
- Bicabornato de sódio
- Dipiridanol

ITENS PRESENTES NA FICHA:

Ficha de Medicamentos
NOME DO MEDICAMENTO
Propriedade:
Indicação:
Contra-indicação:
Advertências/Precauções:
Efeitos colaterais:

A N E X O X I V

MEDICAMENTOS ENCONTRADOS NO C.O.:

- | | |
|-----------------|--------------------------------------|
| - Syntocinon | - Garamicina |
| - Buscopan | - Cefalotina |
| - Baralgin | - Keflin |
| - Hidralazina | - Dolantina |
| - Lidocaína | - Metoclopramida |
| - Metergin | - Cedilanide |
| - Ergotrate | - Soluç. Cortef. |
| - Binotal 0,5mg | - Lasix |
| - Novalgina | - Aminofilina |
| - Plasil | - Bricanyl |
| - Voltarem 75mg | - Nipride |
| - Dilacoram | - Clorpromazina |
| - Hidantal | - Soro glicosado 2,5% |
| - Fernegan | - Soro de ringer c/lactato de sódio. |

ANEXO XV

MEDICAMENTOS ENCONTRADOS NA ENFERMARIA I.

O levantamento de medicamentos abaixo relacionados, teve como objetivo o estudo dos mesmos para melhor aplicação e compreensão dos cuidados prestados.

- Anador
- Adactone
- Alupent
- Aminofilina
- Blocton
- Apresolina
- Aldomet
- Bricanil
- Binotal
- Baralgin
- Bactrin
- Benzetacil
- Buscopan
- Ceprexin
- Celestone
- Comple B
- Cloreto de potássio
- Decadron
- Dramin
- Dilacorán
- Ducolax
- Doloxene
- Emepride
- Emistin
- Ergotrate
- Espasmo Cibalena
- Frademicina

- Fernergan
- Garamicina
- Higroton
- Hidantal
- Isordil s.l.
- Idulamine
- Keflin
- Lasix
- Luftal
- Novalgina
- Optacilin
- Propanolol
- Parenzine
- Penicilina
- Plasil
- Sulfato ferroso
- Soluc. Cortef.
- Staficilina
- Sintomicetina
- Voltaren
- Visken

A N E X O XVI

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES PORTADORAS DE DHEG, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PRÉ-NATAL, CONVULSÃO, TIPO DE PARTO, VITALIDADE DO FETO E TIPO DE GESTAÇÃO. Florianópolis, 1987.

Características Faixa Etária	Pré-Natal		Convulsão		Tipo de Parto			Feto		Gestação	
	Sim	Não	Sim	Não	Nor-mal	Ces.	Forc	Vi-vo	Mor-to	Ater-mo	Pré-Term
15 - 20 anos	4	1		5	4		1	4		5	
20 - 25 anos	3			3	2	1	1	3 ^x	1 ^f	1	2
25 - 30 anos		1		1		1		1 ^x			1
30 - 35 anos	1			1		1		1		1	
35 - 40 anos	1			1	1				1 ^f		1
Mais de 40 anos	1			1	1				1	1	
T O T A L	10	2	-	12	8	3	1	9	3	8	4

Nomorto - x

Feto morto de mãe fumante - f

OBS: Estes dados referem-se as pacientes com DHEG que receberam visitas domiciliar por parte das acadêmicas.

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0031

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0031
Autor: Nascimento, Vilma
Título: Assistência de enfermagem a gest



972521601 Ac. 239682

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFSC UFSC ENF 0031
Autor: Nascimento, Vilma
Título: Assistência de enfermagem a gest
972521628 Ac. 239682
Ex.2 UFSC BSCCSM CCSM



ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ
LIGADA AO TABAGISMO

VIEMA NASCIMENTO
JOICE EVALDA STIEHLER

TCC
UFSC
ENF
0031
Ex.2
CCSM

VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108
ORIENTADORA: PROFA. LORENA MACHADO E SILVA (MSC)
SUPERVISORA: PROFA ODALÉA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS
PROFA EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS, 1987

"O fenômeno da procriação é um processo inerente aos seres vivos — animais e vegetais — em obediência à lei natural que rege a perpetuação da espécie na face terrestre.

Apesar de este processo ser um fator normal no período de maturidade dos viventes, ele pode ser atingido por fatores que alteram o seu desenvolvimento, e quadros desagradáveis podem surgir exigindo muitas vezes intensa e profunda atenção dos profissionais que a ele se dedicam.

Como o ser humano é resultante de um composto biológico e psicossocial, os fatores agressores poderão ser representantes de qualquer uma das áreas que constituem esse composto, e por esta razão, os profissionais de saúde devem estar suficientemente preparados para a assistência global à sua clientela".

Maria do Rosário Souto Nóbrega M.S.

S U M Á R I O

Pág.

I - INTRODUÇÃO	1
II- OBJETIVOS	18
1. Objetivos Gerais	18
2. Objetivos Específicos	19
2.1. Assistências	19
2.2. Administrativo	20
III-PLANO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO	22
IV - CRONOGRAMA	27
V - CONCLUSÃO	29
VI - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	32
VII- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	34
VIII-ANEXOS	36

A G R A D E C I M E N T O S

- A Lorena, pela orientação, amizade, apoio, compreensão, carinho e entusiasmo dedicados para a elaboração deste projeto.

- As enf^{as} Odaléa e Evangelia por terem aceito a supervisão do estágio previsto neste estágio e pela atenção dispensada durante os primeiros contatos com a instituição.

- A enf^a Sonia Castilhos pela amabilidade com que nos recebeu e pelas orientações fornecidas.

- A nós mesmas pela dedicação, empenho perseverança e carinho com que trabalhamos na elaboração deste projeto.

I N T R O D U Ç Ã O

O presente planejamento realizar-se-á na Maternidade Carmela Dutra (M.C.D.) localizada no Centro de Florianópolis. Foi elaborado pelas alunas JOICE EVALDA STIEHLER e VILMA NASCIMENTO, da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora Lorena Machado e Silva, e supervisão das enfermeiras Evanguelia Kötziás Atherino dos Santos e Odalêa Maria Bruggemann dos Santos, no período de 14/09 à 01/12/87.

A área de atuação de enfermagem nesta instituição é composta por quatro setores: Neonatologia, Unidade de internação (intervenção de particulares, enfermaria 1 e 2) Centro-Cirúrgico e Centro Obstétrico, estando estes subordinados diretamente à Seção de Enfermagem, esta à Divisão técnica, tendo ainda a direção geral como órgão de maior comando.-Anexo I.

Optamos por efetuar o planejamento e estágio na M.C.D. pela grande demanda de gestantes, a proximidade e acessibilidade onde a instituição se localiza e, ainda pela ponta disponível por parte do pessoal que atua na instituição.

O tema Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) foi escolhido pelo fato de que: a patologia DHEG associada ao tabagismo possui altas taxas de incidência. Conse

quêntemente a morbidade e letalidade materna e fetal aumentam progressivamente. Segundo informações obtida através de agentes da saúde, o problema da DHEG muitas vezes se agrava pela falta de um acompanhamento pré-natal, ou mesmo pelo acompanhamento realizado por profissionais não especializados; sendo assim muitas vezes o paciente chega a maternidade "descompensado", causando assim maiores riscos à mãe e ao feto. Este fato fez com que pensássemos sobre o assunto e concluíssemos que a atuação da enfermagem é de grande valia para a promoção, proteção e recuperação da saúde materno-infantil.

Devido a patologia escolhida (DHEG e tabagismo) nossa maior atuação se dará nos seguintes setores da M.C.D.: Centro Obstétrico (C.O.); Unidade de Internação II e Sala especial (ITI). O centro obstétrico está constituído de 2 salas de admissão à gestante e 1 sala aséptica, 1 sala de pré-parto e 2 salas de parto. A sala de pré-parto contém 6 leitos, dispostos conforme Anexo II. No centro obstétrico são realizados aproximadamente 470 partos por mês com uma média de 15 a 17 partos por dia. Desta forma podemos declarar que o C.O. não apresenta estrutura física adequada, conseqüentemente fora dos parâmetros estruturais propostos pela O.M.S.

A Unidade de internação II é constituída de 12 leitos que estão dispostos conforme Anexo III com aproximadamente 84m². A Unidade de internação II é denominada "Unidade de Tratamento", pois as gestantes ou puérperas que apresentam patologias mais acentuadas e que necessitam de uma assistência diferenciada, são encaminhadas para esta, devido principalmente a proximidade do posto de enfermagem e do Centro Obstétrico, o

que antecipa o atendimento em casos emergenciais.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) localiza-se no segundo piso, cujo atendimento é realizado por um grupo de 4 auxiliares de enfermagem pertencentes a enfermaria 1. O esboço da planta física da UTI está representado no Anexo IV.

O quadro do pessoal das Unidades acima citadas está assim distribuído:

CENTRO OBSTÉTRICO:

PLANTÃO DIURNO

QUALIFICAÇÃO	Nº	TURNO	HORAS
Enfermeira	1	Diurno	8hs
Parteira	2	Diurno	12hs
Auxiliar	1	Diurno	8hs
Atendente	2*	Diurno	8h/12hs

PLANTÃO NOTURNO**

QUALIFICAÇÃO	Nº	TURNO	HORAS
Parteira	3	Noturno	12hs
1 Atendente	2	Noturno	12hs
Parteira	2	Noturno	12hs
2 Atendente	2	Noturno	12hs

* Sendo que 1 atendente se encontra em licença especial e 1 só licitou demissão.

** A quantidade de parteiras é alterado conforme o plantão.

ENFERMARIA 1PLANTÃO DIURNO

QUALIFICAÇÃO	Nº	TURNO	HORAS
Enfermeira	1	Diurno	8hs
Auxiliar	4	Diurno	8hs
Técnica	2	Diurno	8hs
ASHA	5	Diurno	8hs
ASG	1	Diurno	férias (8 hs)

PLANTÃO NOTURNO *

QUALIFICAÇÃO	Nº	TURNO	HORAS
Auxiliar	3	Noturno	12hs
Técnico	1	Noturno	12hs
ASHA	1	Noturno	12hs

* Todos os plantões noturnos possuem o mesmo número de funcionários.

U T I

O quadro de pessoal é composto por 4 auxiliares que trabalham alternadamente em dias pares e ímpares, e 3 substitutos.

Quanto ao atendimento prestado à gestante consta

tamos que esta ao chegar a M.C.D. é atendida na recepção e encaminhada ao C.O. Onde será realizado o exame físico na sala de admissão e posteriormente será conduzida, conforme o seu quadro geral, ao setor de pré-parto e em seguida a sala de parto e à unidade ou será orientada para retornar ao domicílio e dar continuidade ao seu pré-natal. No caso de pacientes com patologias mais acentuadas, como a DHEG, o atendimento emergencial se dará na sala de pré-parto com administração de medicamentos. Dependendo do estado em que se apresenta, esta pode ser encaminhada para a unidade de internação II para tratamento ou em casos mais graves para a UTI onde receberá uma assistência intensificada e diferenciada. O fluxograma da gestante na M.C.D. pode ser representado como consta no Anexo V.

Tentando evidenciar a problemática que envolve a saúde materno-infantil dando maior ênfase a gestante de alto risco e em especial a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) associada ao Tabagismo, procuramos referências bibliográficas elucidando assim, o tema em estudo, bem como suas causas e consequências tanto para a mãe quanto para o concepto. Para isso, tentamos focalizar inicialmente o tema saúde como elemento primordial para todos os indivíduos e principalmente para a gestante bem como a criança.

De acordo com a "Declaração Universal dos Direitos do Homem", conta no parágrafo 1º, "Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive, alimentação, vestuário, habilitação,

cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice e outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

E no parágrafo 2º consta:

A maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social". — TRÖGER (1).

Esta declaração originou a elaboração de novos programas assistenciais. Surgiu inclusive uma declaração universal, chamada: "DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA", assegurando melhores condições de vida as crianças e que a população materno-infantil fosse especialmente atendida, protegida da mentalidade egocêntrica e imediatista do mundo moderno.

Conforme documento elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de Saúde todas as ações destinadas a prevenção, promoção ou recuperação à saúde de mulher e da criança deverão estar voltadas para a integralização da assistência. A assistência prestada na prática deve traduzir uma abordagem integrada do indivíduo e de grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos que possam atingir a coletividade e que resultem numa prestação duradoura.

Dentre as diretrizes gerais que norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher devem se destacar:

- o sistema de saúde deve estar orientado e capa

citado para atender a população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.

- O conceito da integralidade de assistência estará contida em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica.

- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil, proporcionando oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação de fertilidade por parte da população trazendo com isto menor risco gravídico.

- Todas as atividades pertinentes a questões do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las.

De acordo com a V Conferência Nacional de Saúde seriam ações de assistência materno-infantil a "Assistência contínua e periódica da mulher durante o período de gravidez, parto e puerpério, como o diagnóstico e tratamento de intercorrências para dar ao conceito condições físicas, psíquicas e sociais para crescer e desenvolver". (1).

No Brasil, a assistência médica está voltada principalmente à cura de enfermidades. Sendo que para crianças saudáveis há proteção específica, através de vacinações constantes ou em companhias. Para as gestantes portadoras de risco ou não, a assistência não alcançou o ponto satisfatório o que contribui para que o panorama demográfico nacional (em especial a população

materno-infantil) apresenta altas taxas de morbomortalidade.

Com isto consideramos fundamental conceituar-mos o termo Risco gestacional e também expor algumas considerações acerca deste.

Em Souto (2) encontra-se as seguintes definições de risco:

"Risco é qualquer patologia ou condições biológica que possa oferecer aspectos aninosos para a mãe e concepto".

"Risco é uma palavra que indica probabilidade de lesão, dano ou perda; e risco gravídico é definido como sendo a oportunidade e agravos físicos psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto".

"A gestação de alto risco é aquela associada a um aumento de risco de vida ou de incapacidade para produto, causados por fatores maternos, doenças ou anormalidades fetais".

É em suma a soma de fatores biopsicossociais existentes que surgem no decurso da gestação e/ou do parto e que posteriormente contribuem para o comprometimento da mãe bem como do feto. Assim o risco gestacional pode provavelmente estar relacionado a estados de complicações gravídicas (instaladas ou instaláveis) ou a intercorrência patológica que possam ocorrer com a mulher antes ou durante o processo gravídico e que poderão contribuir para que o objetivo final da assistência materno-infantil não seja atingido, ou seja a promoção do melhor nível possível de vitalidade para a mãe e filho. Convém ainda ressaltar que: Risco é probabilidade e não certeza; não são apenas doenças ou condições biológicas adversas que aumentam a chance de certa gestação vier a ter desenlace inesperado. Fatores sócio-econômicos, demográficos e culturais possuem um cer-

to grau de relevância.

Os fatores de risco podem ser classificados em 2 grupos: o grupo que indica a presença de uma patologia que conhecidamente agrava e é agravada pela gestação e aquele em que, mesmo não havendo uma patologia evidente, a mulher tem características que estatisticamente se associam a maior morbidade e mortalidade materna, perinatal ou infantil.

A OMS (3) apresenta uma classificação dos fatores de risco que se encontram no Anexo VI, na qual destacam-se a DHEG e o tabagismo.

Dentre as diversas patologias que podem estar presentes ou serem decorrentes da gravidez, optamos por trabalhar com gestantes que apresentam Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) e que sejam tabagista, já que a associação desses dois fatores potencializam os efeitos indesejáveis e maléficos, tanto para a mãe quanto para o concepto, ocasionando uma incidência de morbiletalidade fetal e materna elevadas.

A presença da hipertensão arterial na gravidez constitui uma das intercorrências clínicas mais comuns, e que incidem freqüentemente num grupo complexo de gestantes pertencentes a uma população carente, com dificuldade de seguir uma orientação médica, quer por faltas de recursos financeiros quer pelo baixo nível de escolaridade, estando portanto sujeitos a um maior risco.

A DHEG é denominada por muitos como doença das teorias, devido às inumeráveis tentativas frustradas para se descobrir a etiopatogenia da doença. Apesar das divergências, dúvidas e controvérsias entre os pesquisadores sobre a etiologia

observamos que existe um ponto comum sobre a incidência da DHEG, ou seja, inicia-se, manifesta-se, agrava-se e complica-se durante a prenhez, desaparecendo completamente após o parto.

Segundo ELIAS (4), a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é entidade clínica bem definida, representando, em seu aspecto difásico-pré eclâmpsia e eclâmpsia, problema de mais alta relevância, em razão de constituir não somente uma das três grandes causas da mortalidade materna, como também ser responsável por considerável elevação no obituário peronatal.

PRÉ-ECLÂMPسيا; é o desenvolvimento da hipertensão, proteinúria significativa e/ou edema de mãos ou face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou anteriormente a esse período na móléstia trofoblástica, onde há um considerável aumento dessas células penetrando nas veias uterinas. A pré-eclâmpsia é predominantemente uma patologia da primigesta. É importante assinalar que na pré-eclâmpsia, como em qualquer condição hipertensiva, o conceito costuma amadurecer precocemente devido a hipóxia crônica a que vem sendo submetido.

A pré-eclâmpsia pode ainda ser subdividida em leve ou grave, dependendo dos níveis pressóricos e da preteinúria.

ECLÂMPسيا; O termo eclâmpsia significa "clarão", "relâmpago". É o aparecimento de convulsões numa paciente com pré-eclâmpsia.

O surgimento da cefaléia persistente, obrulinação mental, vômito, turvação visual e oligúria progressiva, em gestantes com pré-eclâmpsia, traduzem a iminência da crise eclâmpsi ca.

COSLOVSKY (5) diz que; "A modificações que indicam eclâmpsia iminente são basicamente as seguintes:

- 1) pressão sistólica igual ou superior a 160mmHg e diastólica i igual ou superior a 11mmHg, verificando por duas vezes, a intervalos de seis horas.
- 2) proteinúria igual ou superior a 5 gramas em 24 horas.
- 3) diurese inferior a 400 ml em 24 horas.
- 4) sintomas cerebrais ou visuais.
- 5) edema pulmonar ou cianose".

Exigindo assim a hospitalização do paciente com o intuito de prevenir o vasospasmo, evitar acidentes vasculares que acometem principalmente o sistema nervoso central (como a visão) e ainda assegurar o nascimento do feto vivo e em boas condições de vitalidade.

Quando a DHEG se manifesta clinicamente, já está presente no organismo materno há cerca de quatro a seis semanas. Sua evolução é variável e imprevisível. Algumas vezes é lenta e gradual, com pequenas repercussões sobre a mãe e concepto, permitindo que a gravidez alcance o termo. Em outras, no entanto, o início é precoce; a sintomatologia, exuberante; a evolução, rápida, exigindo medidas agressivas e radicais que lhe minimizem as consequências tais como; parto prematuro, crescimento intrauterino retardado, asfixia perinatal e deslocamen-

to pramturo de placenta.

A DHEG sofre influência de fatores sócio-econômicos, culturais, mesológicos e outros sendo que a forma profilática mais importante consiste na assistência pré-natal. É através desta que podemos modificar o processo em desenvolvimento alterando favoravelmente a evolução da moléstia, através da identificação precoce da doença e desta forma adotando medidas eficazes para proteger a gestante sem causar riscos fetais.

Segundo TRÖGGER (1), "Torna-se difícil obter das mulheres em idade fértil adoção de medidas para evitar e controlar complicações gravídicas. Sempre há riscos gravídicos que não podem ser previstos ou mesmo evitados, mas sendo que grande parte dos riscos podem ser detectados precocemente e contornados através de tratamento adequado ou educação para saúde, as gestantes devem se conscientizar que é indispensável procurar os locais de assistência pré-natal, preferivelmente no 1º trimestre da gravidez".

CORREIA (6), acredita que a "DHEG torna-se a doença das terapêuticas devido aos inúmeros medicamentos e condutas terapêuticas propostas para este tipo de patologia, tornando o tratamento ainda empírico, o que expõe a gestante e o feto a variadas formas de tratamento sem uma conduta principalmente nos locais de serviço onde não tem uma conduta normalizada".

Com relação a terapêutica medicamento utilizados atualmente na DHEG destaca-se:

1) "SULFATO DE MAGNÉSIO: é o medicamento mais usado na prevenção e controle das crises convulsivas. Sua fina-

lidade é basicamente anticonvulsivante. Deprime a transmissão de impulsos nervosos, provoca vasodilatação periférica e diminui a resposta vascular da musculatura lisa. Sua ação hipotensora é, no entanto mínima e transitória.

O uso de sulfato de magnésio, entretanto, é perigoso: pode provocar fenômenos tóxicos graves, como depressão respiratória e parada cardíaca.

A administração de sulfato de magnésio implica na monitoragem clínica da paciente, visando a evitar a superdosagem e seus efeitos tóxicos" (6).

Também são utilizados outros medicamentos:

. Benzodiazepínicos - com ação anticonvulsivante e sedativa.

. Hipotensores-: Hidrolazina.

: Derivados da rauwolfina - reserpina.

: Diazóxido.

: Nitroprussiato de sódio.

: Metildopa.

: Betabloqueadores.

: Furosemida.

. Diurética . Baixam a pressão arterial e reduzem o edema.

E outros. Porém convém ressaltar que o feto nada se beneficia com o tratamento, ao contrário, é prejudicado. Todos os fármacos administrados à gestante, visando a beneficiá-la atravessam a placenta e atingem o concepto.

Segundo CORDOVA devemos lembrar "ainda que o exame de fundo de olho continua sendo o método mais simples e imediato para se formar um juízo do estado em que se encontram as artérias pequenas e arteríolas do organismo. Seu valor permane-

ce nesse particular, mesmo levando em conta que o estado dos vasos retinianos não é necessariamente igual ao dos demais territórios vasculares.

Orientando-se pelos achados fundoscópicos o examinador experiente consegue fazer uma previsão acirrada do curso da doença hipertensiva e do resultado que poderá esperar das medidas terapêuticas".

Pacientes com DHEG requerem ação de enfermagem específicas para amenizar e/ou suportar a gravidez até que o conceito adquira maturidade suficiente para que o parto ocorra. Assim o repouso e a tranquilidade devem ser assegurados a fim de diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central. Os níveis pressóricos, o controle hídrico assim como o bem-estar fetal devem ser alvos de preocupação da enfermagem. As ações específicas da enfermagem constam no Anexo XII.

Como foi mencionado anteriormente o uso do fumo pela gestante, principalmente se esta for portadora da DHEG, é um fator adicional, agravante e que requer ações severas bem como uma assistência intensificada durante a gravidez.

Segundo RESENDE (8), "O vício de fumar, na gestante aconselha seja a sua gestação tratada como de alto risco".

O desenvolvimento do hábito de fumar na mulher moderna, inclusive durante a gravidez, aumentou a possibilidade de incidentes e complicações neste período, como por exemplo: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta (DPP), pie-

lonefrites. No feto, ocasiona problemas metabólicos e tróficos, além de prematuridade, baixo peso, frequência de severas lesões cerebrais congênitas, maior percentagem de abortamento, mortalidade perinatal e neonatal tardia".

O fumo prejudica a saúde devido aos inúmeros compostos que compõem a fumaça do cigarro, entre eles o monóxido de carbono, nicotina e alcatrão.

Dentre os números compostos identificados na fumaça do tabaco, vários deles com potencial de ocasionar danos à saúde, os três citados são os mais conhecidos como sabiamente nocivos à saúde.

O monóxido de carbono tem maior afinidade do que o oxigênio pela molécula de hemoglobina, diminuindo portanto a capacidade de oxigenação dos tecidos, uma vez que, além de não permitir a liberação de oxigênio, o complexo formado, carboxihemoglobina, não tem capacidade de transportá-lo.

A nicotina, que seria a responsável pelo "hábito de fumar", afora série de outros efeitos colaterais danosos, produz descarga de adrenalina e noradrenalina e tem uma ação direta sobre os centros nervosos de controle da pressão arterial e dos batimentos cardíacos. Desta forma, a ação desta substância poderia levar a: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, aumento do volume sistólico, aumento do consumo miocárdico de oxigênio. Em relação ao alcatrão, sabe-se que é nele que residem os agentes conhecidos e respeitados como iniciadores e promotores de câncer, tais como os hidrocarbonetos aromáticos e as nitrosaminas.

O hábito de fumar durante a gravidez pode estar

- associada a:
- peso mais baixo ao nascer;
 - menor período de gestação;
 - maior incidência de complicações na gestação;
 - maior índice de mortalidade perinatal;
 - malformações congênitas - SILVA (9).

De acordo com DOMINGUES (10) "A problemática gravidez - tabagismo exige acima de tudo uma orientação correta e oportuna. Orientação no sentido de um processo de colocar as gestantes em contato com suas compulsões, para desta forma poderem manejá-las, serem conscientemente livres e usarem esta liberdade construtivamente em seu próprio benefício e da espécie humana. Estando em contato com suas partes negativas elas poderão ficar atentas e usarem todas as suas potencialidades.

Quando nós enfermeiros orientamos a gestante para iniciar algo que ela necessita, estamos pedindo que mude o seu comportamento. Não para mudar sua atividade ou sua atitude de dependência da enfermagem, mas sim para mudar o que está fazendo, visando ao seu próprio benefício e do conceito".

Na opinião de Domingues (10), "a tarefa de orientador é muito complexa e variada. Precisa ser um aconselhador educacional e vocacional, um assistente social, um professor, um orientador, um animador, um orador e meso uma "relações públicas".

Dentre todos os elementos que compõem a equipe de saúde, a enfermagem também deve estar atenta e pronta para efetivar um programa de orientação para a gestante tabagista, visando a sua modelagem comportamental, a fim de reduzir os efeitos nocivos do fumo para a unidade mãe-filho. Desta forma a enfermagem tem um papel importante nas ações preventivas, con

tribuindo para divulgação e conscientização dos prováveis perigos tentando a redução ou abolição do vício. Nas abordagens dar-se-á um enfoque sócio-psicológico, levando-se em conta os conhecimentos e necessidades da paciente e reafirmando as vantagens para ela e o bebê da redução ao abandono do fumo durante a gravidez.

II - OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GERAIS:

Desenvolver ações de enfermagem que visem a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da população alvo, aplicando princípios científicos.

Assistir as gestantes portadoras de DHEG e tabagistas, enfatizando os aspectos morbidos decorrentes destas e estabelecer um plano de cuidados de enfermagem.

Minimizar a problemática decorrente da situação de internação, proporcionando uma preparação psicológica para melhor aceitar a internação e os riscos provenientes da gravidez.

Executar ações administrativas que visem, de maneira direta ou indireta, a melhoria da qualidade da assistência a ser prestada as gestantes.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS;

2.1. Objetivos Assistenciais:

a) Prestar assistência de enfermagem a mãe, ao bebê e a família, envolvendo os aspectos bio-psico-sociais espirituais, tentando amenizar os problemas imediatos que as preocupam;

b) Receber, relatar e registrar informações e ocorrências relacionadas com a gestante/família e discutir com a equipe multiprofissional fatos relevantes, com relação ao estado da paciente;

c) Procurar conscientizar as gestantes quanto a importância das orientações recebidas, esclarecendo sobre os problemas decorrentes da patologia;

d) Executar técnicas e procedimentos no C.O., na UTI e Unidade de Internação II, principalmente relativos a gestante com DHEG;

e) Expor às gestante fumantes, através de um boletim de orientação que consta no Anexo VIII, os prováveis efeitos provenientes do fumo sobre a gestação;

f) Realizar no mínimo 15 visitas domiciliares a gestante portadora de DHEG e/ou fumantes, adotando para a visita os critérios do Anexo XI;

g) Avaliar a assistência prestada interpretando as condições da cliente e as respostas dos cuidados prestados, diariamente.

2.2. Objetivos Administrativos:

a) Marcar uma reunião, no início do estágio com o pessoal de cada setor (C.O. e Enf. I) com a finalidade de esclarecer os objetivos do estágio bem como proporcionar uma melhor integração entre profissionais e estagiários.

b) Interrelacionar-se com a equipe médica e de enfermagem (enfermeiro, auxiliar, técnico e atendente) objetivando proporcionar uma troca de conhecimentos técnicos e científicos.

c) Fazer um levantamento de normas e rotinas relacionadas à assistência de enfermagem.

d) Propor e elaborar junto dos funcionários de enfermagem, um programa de atualização em DHEG.

e) Sugerir a chefia de enfermagem a atualização do plano de cuidados, normas e rotinas a gestantes portadoras de DHEG de acordo com a vivência do estágio e com a necessidade,

f) Contactar, durante o estágio, com o órgão da instituição responsável pelo registro de pacientes (SAME), para

posterior avaliação da taxa de incidência de gestantes portadoras de DHEG e tabagistas na M.C.D., no período de junho/86 à julho/87.

g) Levantar dados junto ao SAME, relativos à pacientes hipertensas e tabagistas, que subsidiarão um estudo posterior a ser enviado para publicação.

h) Realizar reuniões periódicas com a orientadora e as supervisoras.

PLANO DE AÇÃO E AVALIAÇÃO

Objetivo		Avaliação
Específico Assitencial*	Ações a serem desenvolvidas	O objetivo será considerado alcançado se:
b,d,g,	1. Participar do exame físico realizado pela equipe médica a gestantes com DHEG e/ou tabagistas.	- Participarmos de, no mínimo 5 exames físicos por semana.
a,b,d,g,	2. Assistir a gestante na sala de admissão, unidade e UTI, levantando dados através do anexo 9, estabelecendo o plano de cuidados.	- Conseguirmos assistir a 10 gestantes por semana.
a,b,c,e,g,	3. Dar apoio emocional e orientar quanto a ocorrências e dúvidas durante o período de internação.	- Conseguirmos dar apoio emocional a todas as gestantes atendidas por nós.
a.b,d.g.	4. Acompanhar a parturiente com DHEG e/ou tabagistas no transcorrer do trabalho de parto normal ou cesariana, prestando assistência necessária.	- Se acompanharmos 5 parturientes por semana.

continua

a, b, c, d, f, g. 5. Encaminhar à assistência necessária.

- Encaminharmos todos os casos.

a, b, d, e, f, g. 6. Efetuar visitas domiciliar visando atender e/ou orientar quanto as necessidades da cliente e do meio em que está inserida, possibilitando uma maior integração entre serviço de saúde-cliente.

- Realizarmos no mínimo, 15 visitas domiciliares no período de 16/9 a 1/12/87.

c, e. 7. Realizar uma reunião semanal com gestantes tabagistas utilizando o boletim de orientação que consta no anexo 8, possibilitando a troca de experiências e discussões de problemas entre pacientes que estejam vivenciando a mesma situação.

- Realizarmos 1 reunião semanal com gestantes tabagistas.

a, b, e, g. 8. Registrar no prontuário intercorrências e cuidados relacionados a paciente.

- Registrarmos no prontuário todas as intercorrências e cuidados prestados por nós durante o período de estágio.

continua

a,b,d,g,

9. Executar técnicas e procedimentos de enfermagem principalmente relativos a clientes com DHEG visando o bem estar da mesma.

- Efetuarmos todas as técnicas e procedimentos de maior complexidade.

Objetivo
Específico

Administrativo*

Ações a serem desenvolvidas

Avaliação

O objetivo será considerado alcançado se:

- a, b, c, d,
10. Contactar com os funcionários (C.O. e Enfermagem I), visando expor os diretos do estágio e do planejamento assim como uma maior integração.
- Conseguirmos contactar com os funcionários (C.O.) e Enfermagem I), na 1ª semana.
- c
11. Realizar nos primeiros 3 meses levantamento de normas e rotinas relacionadas a assistência de enfermagem.
- For realizado nos primeiros 3 dias levantamento de normas e rotinas relativos a assistência de enfermagem.
- b, c, d, e:
12. Manter contato com a equipe multiprofissional proporcionando a troca de conhecimentos técnicos e científicos.
- Trocarmos informações com a equipe multiprofissional.
- g
13. Manter contato quinzenal com a orientadora para discutirmos o andamento do projeto.
- Fizemos uma reunião quinzenal com a orientadora do projeto.

continua

g 14. Manter contato com as supervisoras para apreciação do andamento do estágio.

- Fizermos uma avaliação semanal com as supervisoras da assistência.

e,f. 15. Analisar juntamente com os funcionários de enfermagem a assistência prestada, as dúvidas, assim como as consequências desta, propondo um plano de atualização que será apreciado pela chefia de enfermagem.

- Conseguirmos juntamente com os funcionários, levantar todas as dificuldades e ansiedades, e propor um plano de atualização.

h,g. 16. Realizar semanalmente coleta de dados no SAME, em prontuários de pacientes com DHEG e tabagistas.

- Conseguirmos fazer levantamento de dados das pacientes com DHEG e tabagistas no período de junho/86 a julho/

87.

ESCALA DE ESTÁGIO

Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
Datas	14/9 18/09	21/09 25/09	28/09 2/10	5/10 9/10	13/10 16/10	19/10 23/10	26/10 31/10	3/11 6/11	9/11 13/11	16/11 20/11	23/11 27/11
C.O.	V	V	J*	J*	V	V	*J	*J	V	V	*J
U.T.I.											
Unidade II	V	J	V*	V*	J	J	*J	*V	J	J	*V
C.O.											

OBS: Será escolhido pelas alunas, no decorrer do estágio três (3) dias para plantão noturno.

Legenda: V = Vilma

J = Joice

Horário de atuação: M - 8:00 - 12:00hs

*T -13:00 - 17:00hs

CONCLUSÃO

Ao término da elaboração deste planejamento cremos que a patologia (DHEG associada ao tabagismo) por nós escolhida e posteriormente pesquisada, através de revisão bibliográfica, envolve toda uma gama de fatores predisponentes responsáveis pela morbimoralidade desta.

Dentre os fatores predisponentes destacamos: fatores extrínsecos (hereditariedade, raça, nível sócio-econômico, psicológico...) e fatores intrínsecos (primiparidade, molha hídrica, polidraminios...).

Nada se sabe sobre a real etiologia da DHEG, porém tem-se conhecimento da fisiopatologia bem como das manifestações clínicas.

De acordo com dados estatísticos, aproximadamente 6% das mulheres grávidas desenvolvem toxemia, sendo que esta ocorre com maior frequência em primigrávidas jovens e, geralmente, aparece após a 24^a semana de gravidez. A toxemia é uma das principais causas de morte, além disso, provoca cerca de 30.000 natimortos e mortes neonatais por ano; podendo contudo ser evitada através de uma assistência cuidadosa. Esta deve ser principalmente por meio do pré-natal, possibilitando a detecção precoce da doença e o tratamento imediato dos sinais e sintomas, evitando assim, consequências indesejáveis que uma gestação de

risco pode trazer.

Visto que a instalação da DHEG se dá preferencialmente após a 24^a semana da gravidez ou surgir subitamente (devido a não detecção precoce) é essencial que a assistência à gestante seja intensificada no último trimestre do ciclo gestacional.

Não existe tratamento específico que possa suplantiar os efeitos prejudiciais da DHEG para a mãe e o concepto. Ressaltamos que existem medicamentos que agem paliativamente amenizando as consequências causadas por esta (DHEG); sendo que a "cura" definitiva seria a extração do concepto, já que este e todos os seus anexos seriam a "causa" da doença.

Cabe ressaltar que a gestante com DHEG e que faz uso do fumo, principalmente durante a gravidez, está duplamente propensa a riscos gestacionais que podem ocasionar alterações significativas: aborto, prematuridade, patologias respiratórias (principalmente para o concepto), baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal, etc...

Por isso acreditamos que o papel da enfermagem com relação a gestante tabagista não deve ser repressivo e sim de conscientização da mãe (gestante) com relação aos riscos aos quais está expondo a si mesma e ao seu filho.

Diante de todo o contexto com o qual nos deparamos acerca da gestante hipertensa e tabagista e os fatores a que está predisposta, achamos que a enfermagem deve assumir diante da equipe multiprofissional (e é o que nos propomos), uma posição, diríamos até certo ponto, comprometedora, pois acreditamos que esta (a enfermagem) deve assistir o indivíduo biopsicosocial

e espiritualmente, atuando principalmente de forma profilática ou quando esta não mais for possível, de forma curativa, promovendo a reintegração do indivíduo no seu contexto social.

Acreditamos que com o desenvolvimento deste planejamento podemos obter crescimento profissional e pessoal. Profissional porque utilizamos nossos conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação e com isso aplicar-nos numa área pela qual, eu Vilma, sempre tive afinidade e, eu Joice, por achar que necessitava de mais conhecimentos. Vantagens pessoais porque nos permitirá desenvolver conhecimentos e potencialidades, incrementando o relacionamento humano e contribuindo para a saúde e educação da comunidade.

Queremos ressaltar ainda que sentimo-nos gratificadas pelo fato de que, semelhante a Fernão Capelo Gaivota, estamos planejando os primeiros vãos. Algo que surgiu a partir da orientação da professora Lorena e de nós e que pretende ser posto em prática, em benefício do grupo alvo o qual nos dispomos a assistir e em benefício de nosso próprio interesse e satisfação profissional.

Particularmente gostaríamos de agradecermo-nos mutuamente por: afinidade, compreensão mútua, carinho, risos, desespero, cansaço, discussões e brigas com relação ao que cada uma de nós acreditamos e defendia. Porém, ao final, acabamos por achar um denominador comum para todas as controvérsias conseguindo assim uma maneira para que este planejamento chegasse ao seu término de maneira concisa e em benefício das gestantes com a qual nos dispomos a trabalhar, ou seja, gestantes portadoras de DHEG associada ao tabagismo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ZUGAIB, M. & KAHHAJE, Conceito, classificação e incidência das síndromes hipertensivas na gestação. Rev. Gin. obst. 8(4), 239-244, 1985.
2. CAMANO, L. et alii. Aspectos imunológicos e genéticos envolvidos no determinismo da doença hipertensiva específica da gravidez, Femina, 15(5), maio de 1987.
3. MINISTÉRIO da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher, pgs. 5-26, 1985.
4. CUNHA, F.M. Doença hipertensiva na gravidez, Femina, 7(7), pos 536-542, julho de 1979.
5. MATHIAS, L. et alii. Efeitos do tabagismo sobre a gestação. Jornal Bras. Ginecologia, 94(3), pgs. 61-66, 1984.
6. Programa educacional para gestante de alto risco, Rev. Bras. Ginec. Obst., julho/agosto/setembro, pgs. 128-135, 1981.
7. ANDRADE, A.S. et alii. Casa da gestante de alto risco. Apresentação de um programa pioneiro. Femina, novembro, 14(11), pgs. 1000-1004, 1984.

9. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétricos e da infertilidade no programa de saúde materno-infantil. DINSAMI - Ministério da Saúde 1978. *Femina*, 8(3), pgs. 195-199, março de 1980.

10. Programa de Saúde materno-infantil. Utilização do conceito de risco em Normas para a Identificação e controle dos riscos Reprodutivos, obstétricos e de infertilidade. *Femina*, 8(3), pgs. 195-199, março de 1980.

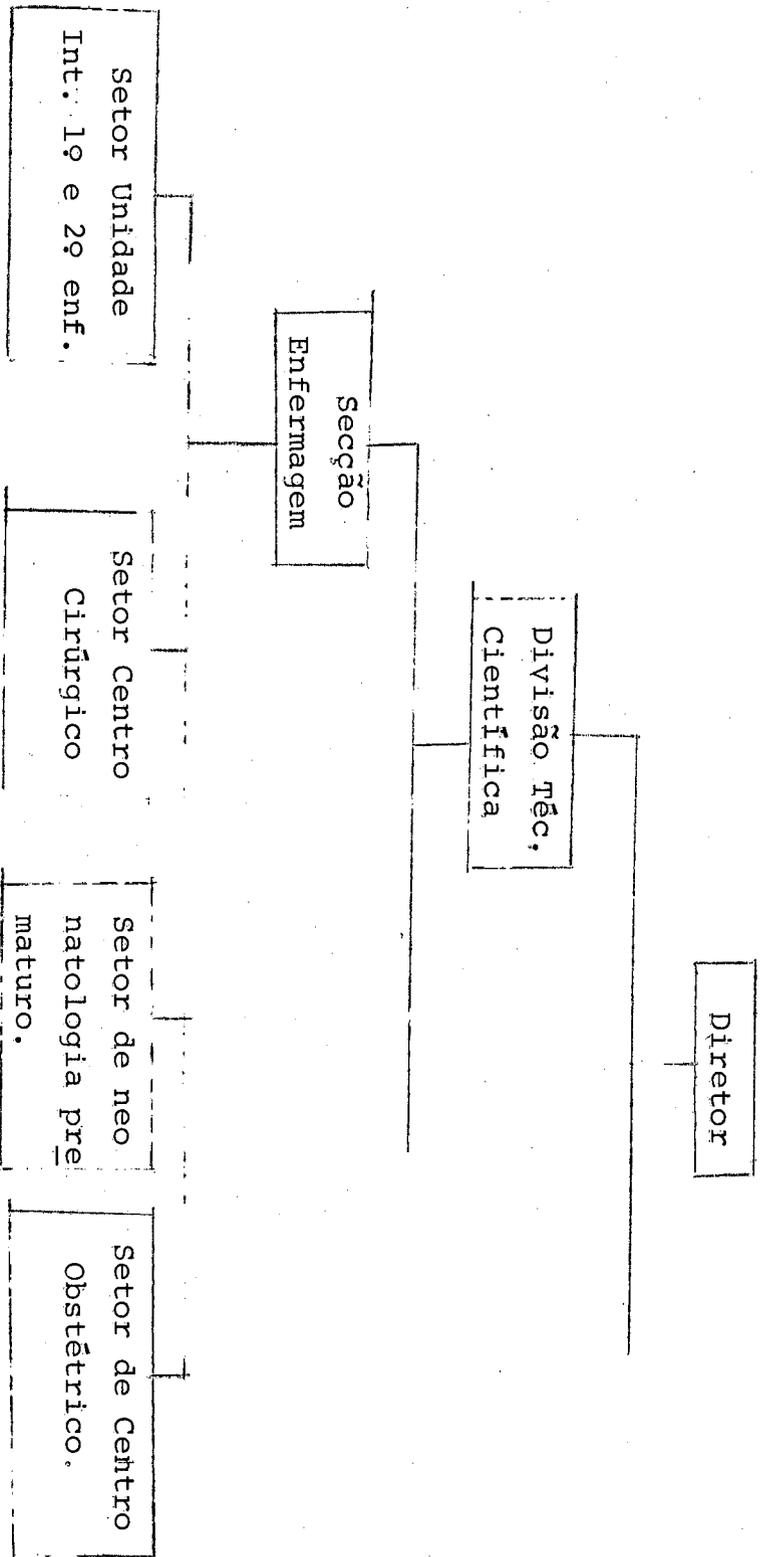
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TRÖGER, A.L.M. A saúde da gestante. Rev. Bras. Enf; DF, 32: 255-258, 1979.
2. SOUTO, M.R. & S,N.M. Atenção de Enfermagem pré-natal enfocando gestantes de alto risco. Enfermagem Atual; 23, pgs.17-22, maio/julho de 1982.
3. OMS. Características que identificam a gravidez e o alto risco materno fetal.- Comitê de atención pré-natal seletiva del instituto de seguridade y servicios sociales de los trabajadores del estado - México, 1975.
4. DARZÊ, Elias. Fatores predisponentes da doença hipertensiva específica de gravidez. Feminina 14(11), pg. 1020-1025, novembro, 1986.
5. COSLOVSKY, Simão. Eclâmpsia iminente. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 89(6):353-355, 1980.
6. CORRÊA, M.Dias. Tratamento do doença hipertensiva específica da gravidez. 96(9), pg. 801-828, Rio de Janeiro, setembro, 1986.

7. CORDOVA, Wilson.C. Aspectos oftálmoscópicas de importância na avaliação da gestante tóxêmica. *Feminina*, 6(7), Rio de Janeiro, pg. 538-545, julho 1978.
8. REZENDE, J., *Obstetrícia*. Ed.Guanabara Koogan, 4ª edição, pg. 505, 1982.
9. SILVA, R.S. Fumo e Reprodução. *Feminina*, 9(7), pgs. 536-538, julho de 1981.
10. DOMINGUES, Edith de F. Modelagem de comportamento da gestante tabagista - cuidado preventivo da Enfermagem obstétrica. *Rev. Bras. Enf.*; DF 34: 153-163, 1981.

ANEXO I

ORGANOGRAMA

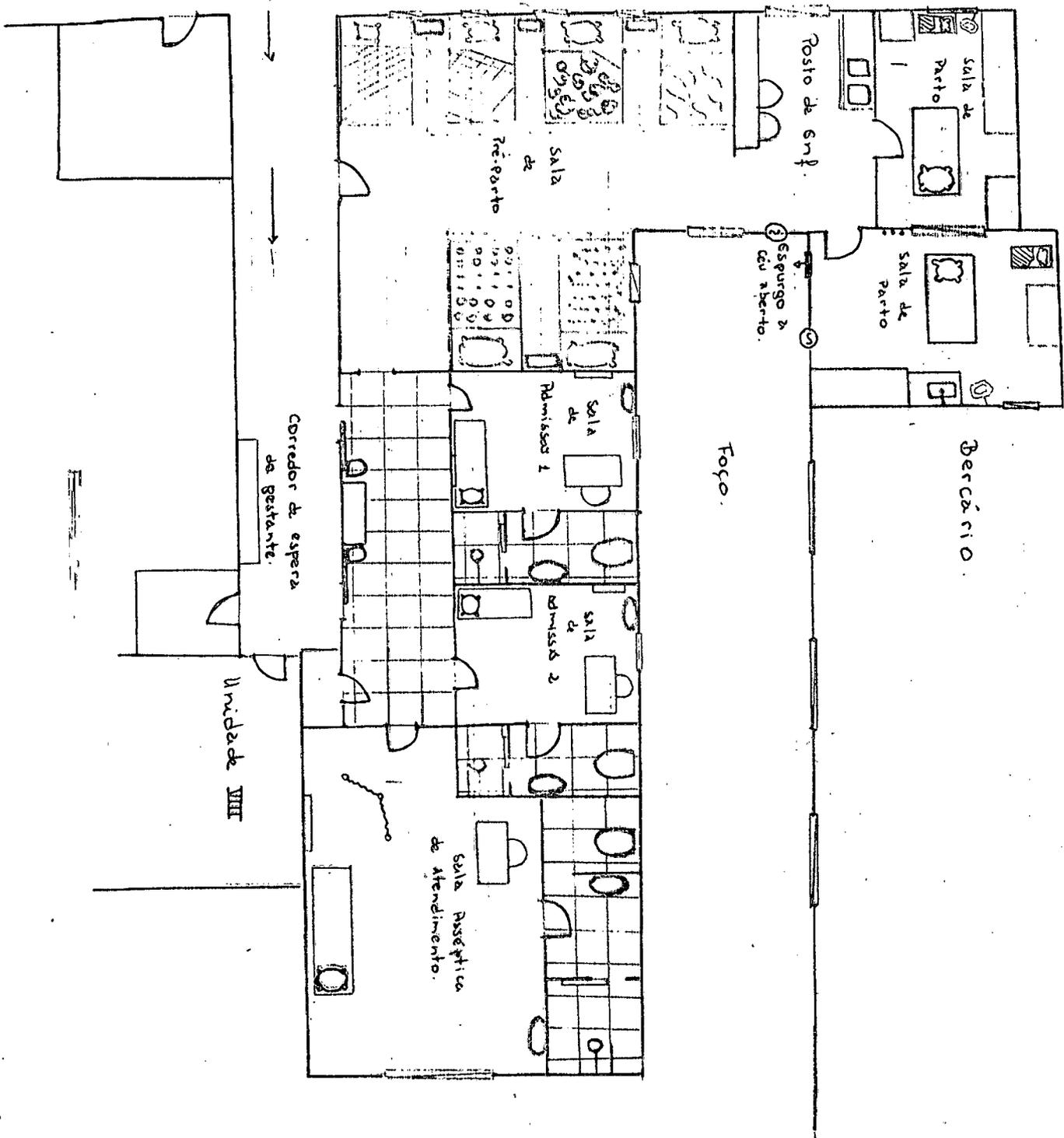


1

P L A N T A S

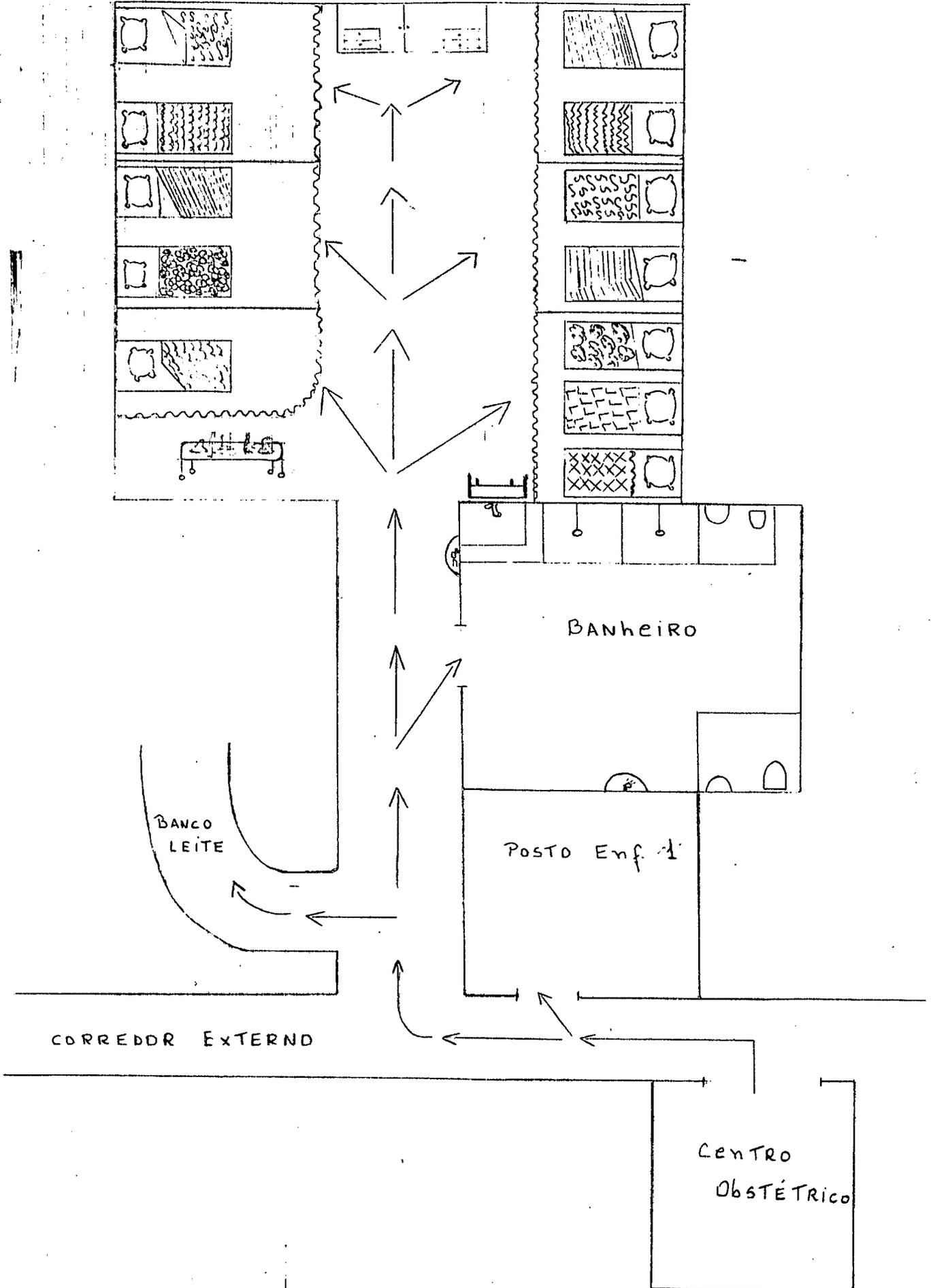
ANEXO II

C.2.



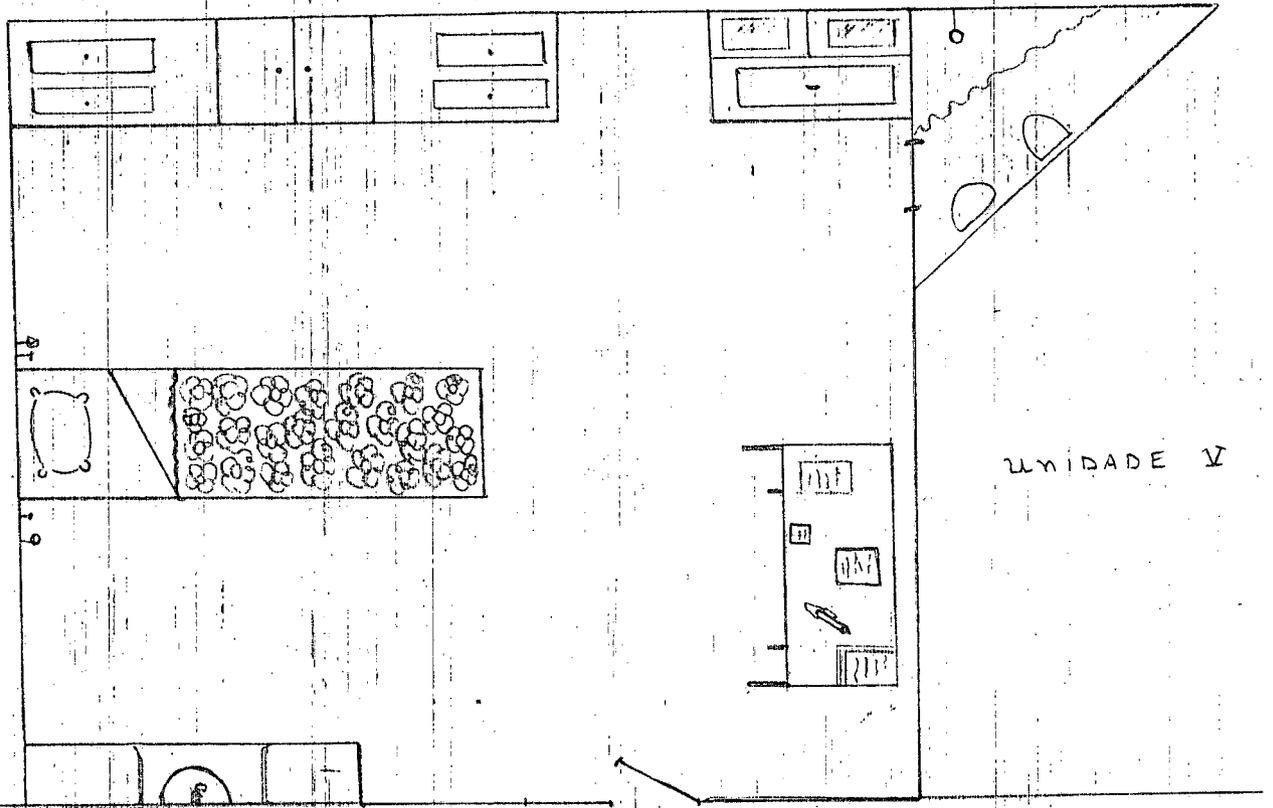
ANEXO III

UNIDADE II



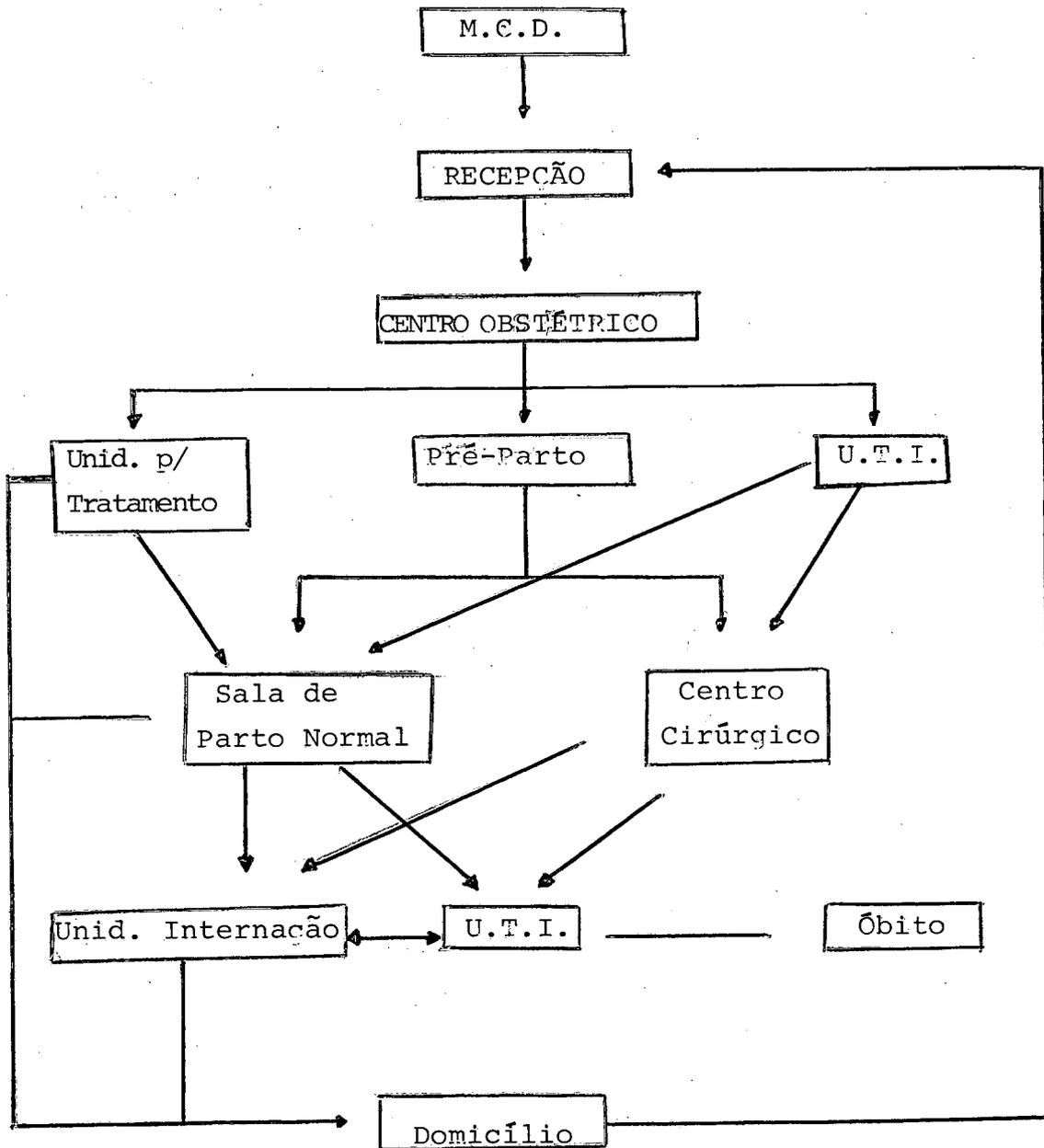
ANEXO IV

U T I



CORREDDR EXTERNO





ANEXO VI

CLASSIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

SEGUNDO A OMS

1. Aspectos sociais e culturais:

- mãe solteira
- nível social e cultural baixo
- tabagismo
- toxicomanias.

2. Deficiências Biológicas:

- Menores de 16 anos
- maiores de 40 anos
- desnutrição
- obesidade

3. Antecedentes Patológicos:

3.1. Enfermidades crônicas do aparelho circulatório e genito rinário.

- Enfermidade crônica reumática do coração.
- Enfermidade congênita do coração
- Hipertensão crônica
- Nefrite crônica
- outras.

3.2. Afecções nas relacionadas a gravidez.

- Sífilis
- Diabetes Mellitus
- Tuberculose
- Influenza (gripe)
- Rubéola
- Toxoplasmose
- Traumatismos
- Operações

4. Antecedentes Obstétricos:

- Esterilidade prévia à atual gravidez
- Multiparidade - cinco ou mais
- Nuliparidade - maiores de 35 anos
- Aborto habitua - 2 ou + consecutivos
- Outro tipo de disfunção fetal - uma ou mais

5. Complicações da gravidez e do parto;

5.1. Infecções Pré- e Intraparto.

- Pielites e Pielonefrites da gravidez
- Infecções do aparelho genital
- Infecções das vias urinárias
- Infecções do líquido amniótico.

5.2. Toxemias da gravidez.

- Hiperemese gravídica
- Toxemia gravídica

5.3. Gravidez ectópica.

5.4. Hemorragias na gravidez.

5.5. Anemias na gravidez.

5.6. Outras complicações.

- Isoimunização - Eritoblastose fetal.

- Posição anormal do feto no útero.

- Hidrâmnios.

6. Outras Patologias:

- Tumor mamário

- Citologia vaginal positiva ou suspeita

- Tumores do aparelho genital

- Tumor maligno ativo ou controlado.

7. Afecções do Recém-Nascido de Gravidez Prévio:

- Morte neonatal - uma ou mais

- Prematuridade consecutiva - duas ou mais

- Lesões com sequelas neurológicas ou psicológicas

- Anomalias congênita

- Macrossomia

- Icterícia

ANEXO VII

CONDUTA DA ENFERMAGEM NAS PACIENTES

INTERNADAS COM TOXEMIA

OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA À PACIENTE	INTERNAÇÃO DA ENFERMAGEM
I- <u>Diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central</u>	<p>a) Modificar o ambiente para assegurar repouso e tranquilidade.</p> <ul style="list-style-type: none">- Eliminar o barulho, luzes brilhantes e outros estímulos desagradáveis.- Diminuir o número do pessoal que dá assistência.- Iniciar as condutas dolorosas e/ou desconfortáveis após a sedação.- Promover repouso no leito. <p>b) Explicar todas as condutas de maneira simples e sucinta.</p> <p>c) Administrar drogas sedativas conforme prescrição.</p> <p>d) Estar alerta para alteração no estado clínico.</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar reflexo patelar.- Identificar sintomas subjetivos (irritabilidade, cefaléia, visão turva, dor epigástrica).

-
- Manter material de urgência à mão (ex.: O_2 , aspiração, ventilação, $MgSO_4$, sedativos)

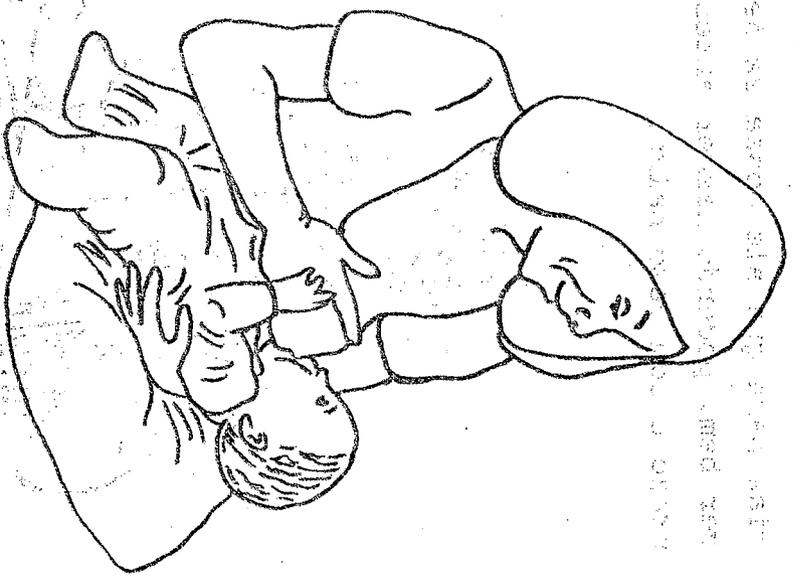
II. Controlar a pressão sanguínea.

- a) Medir e registrar a pressão sanguínea.
- b) A pressão sanguínea deve ser tomada pela mesma pessoa usando o mesmo aparelho quando possível.
- c) Administrar drogas anti-hipertensivas prescritas (geralmente quando a pressão diastólica excede 110 mmHg).

III. Promover diurese.

- a) encorajar o repouso contínuo no leito em decúbito lateral esquerdo.
- b) Controlar a função renal.
 - Exame de urina (para proteinúria)
 - Colher urina de 24 horas para medir a proteína e o "clearance" de creatinina.
- c) Controlar os efeitos de terapêutica
 - Registro acurado da administração e eliminação (eliminação mínima: 20 ml/h).
 - Peso diário à mesma hora usando a mesma balança.

Proporcione um bom desenvolvimento para o seu filho e uma boa saúde para vocês dois, trocando o cigarro por bala, frutas ou realizando outros afazeres como tricô, bordado...

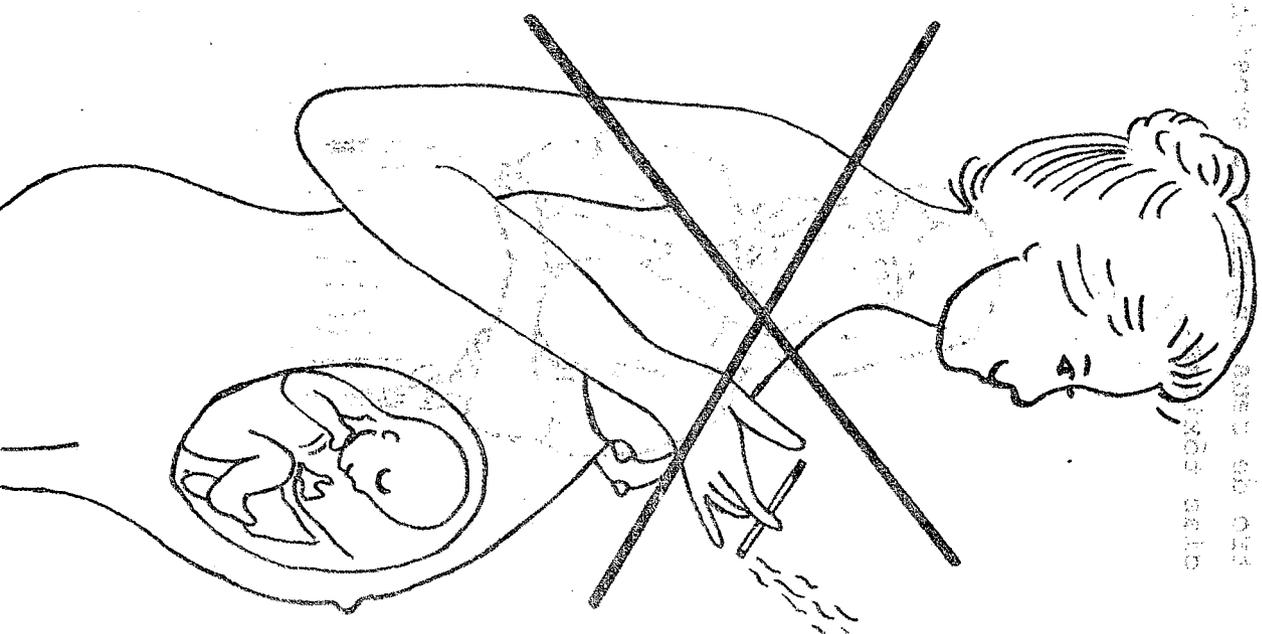


Alunas: Vilma Nascimento

Joice F. Stiehler

-8ª U.C. do Curso de Grad. em Enf. da UFSC.

O FUMO É A GRAVIDEZ



ANEXO IX

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os instrumentos serão coletados na sala de admissão e puerpério ressaltando primeiramente as necessidades pessoais da paciente quando da admissão. Estes dados fornecerão subsídios para classificar as gestantes segundo os critérios que constam no anexo X para efetuar a visita domiciliar e para a elaboração do plano de cuidados a ser implementado durante a internação e alta.

. IDENTIFICAÇÃO:

- Idade:
- Escolaridade:
- Ocupação Atual: Gestante
Parceiro
- Nº do Prontuário:
- Data de Admissão na M.C.D.:
- Endereço:
- Ponto de Referência:
- Estado Civil:
- Renda Familiar:
- Condições da Moradia:
(tipo e nº de cômodos)

. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- Nº de Gestações:
- Nº de Partos:

- Nº de Abortos: Espontâneo () Provocados ()
- Nº de cesáreas: ()
- Nº de R.N.: Prematuros: ()
 - Baixo Peso ()
 - Morte Neonatal ()
 - Morte Perinatais ()
- Ocorrências Obstétricas e Puerperais:
 - Fez Pré-natal (Nº de consultas):
 - Amamentação - amamentou:
 - Desmame precoce (porquê?):
 - Problemas mamários: Mastite? Físsura?
 - Infecções ou hemorragias no puerpério:

. DOENÇA NA FAMÍLIA:

- Diabete;
- Hipertensão:
- Outros:

Gestação Atual.

- Está fazendo pré-natal?
- DUM:
- DPP:
- Nº de consultas:
 - a) 1 por mês até a 36ª semana ()
 - b) quinzenalmente da 36ª a 40ª sem. ()
 - c) semanalmente da 41ª a 42ª sem. ()

. A GRAVIDEZ FOI DESEJADA;

- Sim ()
- Não ()

- . O QUE O COMPANHEIRO ACHA SOBRE A ATUAL GESTAÇÃO;
- . ESTADO EMOCIONAL;
- . O QUE OS OUTROS FILHOS ACHAM;
- . TEVE ALGUM DESCONFORTO OU PROBLEMA DURANTE A GRAVIDEZ;
- . FEZ USO DE MEDICAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO;
- . FEZ USO DE VACINA ANTI-TETÂNICA; N° de doses:
- . HÁBITOS - Fumo (N° de cigarros por dia):
 - Faz uso de álcool;
 - Outros:
- . EDEMA:
 - 1) uma cruz ()
 - 2) duas cruzes ()
 - 3) três cruzes ()
- . PROTEINÚRIA:
 - 1) uma cruz ()
 - 2) duas cruzes ()
 - 3) três cruzes ()
- . VERIFICOU ALGUMA VEZ A PRESSÃO ARTERIAL:
 - Sim ()
 - Não ()
- . Sabe de quanto é a sua pressão;
- . P.A.;
- . COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS;

- Hemorragias: ()
- Uso de Fôrceps ()
- DPP ()
- PP ()
- Gravidez serotina ()

. ESTADO GERAL DE SAÚDE:

- Infecção urinária:
- Pele:
- Inf. vias aéreas:
- Anemia:
- Mucosa:
- Verminose:

. PRETENDE AMAMENTAR:

- Sim ()
- Não ()
- Até que idade:

. MAMA COM COLOSTRO ()

. MAMA FLÁCIDA ()

. ALTURA UTERINA:

. CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL:

. B.C.F.:

OBS: Para o levantamento de dados das pacientes internadas na

UTI utilizar-se-á:

- este instrumento;
- as anotações no prontuário;
- As informações de familiares;
- As observações diárias dos sinais, sintomas e medidas terapêuticas.

ANEXO X

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PACIENTES PARA POSTERIOR VISITA DOMICILIAR

<u>CRITÉRIOS</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>PONTOS</u>
I- <u>Aspectos relativos à mãe:</u>		
1) Idade	- Menor de 18 e maior de 35 anos	4
	- entre 19 e 35 anos	2
2) Nível de instrução	- Analfabeta	4
	- 1ª e/ou 2ª grau	2
	- grau completo	1
3) Paridade	- Nulípara	4
	- Multípara (6 ou mais)	2
	- Entre 2 a 4 partos	1
4) Situação sócio-econômica	- Paupérrima	4
	- Com até 5 salários mínimos	2
5) Nº de pessoas e nº de cômodos por habitação.	- Superlotação	4
	- 1 cômodo para cada 3 pessoas	2

6) Antecedentes de abortos ou perdas de crianças.	- Mais de 1	4
	- 1	2
7) Estado Geral de Saúde:		
a) Complicações obstétricas.	- hemorragia	1
	- uso de fórceps	0,5
	- DPP	1
	- PP	1
	- Gravidez serotina	0,5
b) Pressão arterial.	- Quando conhecidos os níveis pressóricos:	
	• P.sistólica (máxima) \geq 30mmHg	4
	• P. diastólica (mínima) \geq 15mmHg	
	- Quando desconhecido os níveis pressóricos.	
	• P.sistólica (máxima) \geq 140 mmHg	3
	• P.diatólica(mínima) \geq 90 mmHg	
c) Edema	- Duas cruces ou mais	4
	- Uma cruz	2
d) Proteinúria	- Traços + Hipertensão ou edema	2
	- Duas cruces ou mais	2

8) Fumante	- mais de 10 cigarros	4
	- 2 a 9 cigarros	2
TOTAL DE PONTOS:		65

II. Aspectos relativos à criança:

1) Peso ao nascido	- < 2,500kg ou mais	4
	- 2kg ou mais	2
2) Apgar: (Desenvolvi- mento).	- 0-5	4
	- 5,5 - 7,5	2
	- 8 - 10	1
3) Amamenta- ção: (Pretende)	- Desmamar no 1º ou 2º mês	3
	- Desmamar no 2º ou 3º mês	2,5
	- Desmamar com mais de 6 meses	0
4) Aspectos Físicos	- Malformação	2,5
	- Deformação	2
5) Doenças Respira- tórias	- Sim	4
	- Não	0
TOTAL DE PONTOS:		27

Os fatores acima estipulados serão somados de acordo com a con
dição particular de cada paciente e será visitado aquele que
obter na contagem geral > nº de pontos.

OBS: Instrumento adaptado pelas autoras do projeto e a orienta-
dora a partir do documento "Método de Assistência Sanitá-
ria à mãe, e à criança baseada no conceito de Risco", pu-
blicado pela OMS.

ANEXO XI

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

1) Planejamento:

a) Seleção das clientes a serem visitadas

- prioridades estabelecidas de acordo com Anexo X.
- hora mais apropriada para a assistência que vai ser realizada.
- cálculo do tempo disponível das visitadoras.

b) Coleta de dados:

- revisar fichas de coleta de dados (Anexo II) das clientes assistidas.

c) Revisão dos conhecimentos:

- estudar os dados colhidos nas fichas.
- efetuar revisão bibliográfica, se necessário, para aplicar nas orientações.

d) Plano:

- traçar um plano de ações e/ou orientações de enfermagem.

e) Preparo do material:

- selecionar o material a ser utilizado na visita.

2) Execução:

- a) Obter informações que possam auxiliar na abordagem do assunto:
 - situação geral da moradia.
 - cliente no ambiente familiar: dinâmica, relacionamento, organização.
- b) Estabelecer abordagem favorável.
- c) Executar as ações planejadas, priorizando segundo a situação encontrada.
- d) Resumir todos os assuntos abordados durante a visita e avaliar se os objetivos foram alcançados.

3) Registro de Dados:

- Registrar no prontuário as ações da visita.

4) Avaliação:

- Discutir a validade e viabilidade das visitas e anotar no prontuário de cada cliente pontos positivos e negativos.

OBS: Formulário adaptado e revisado a partir do que consta no projeto da VIII U.C. de julho/87, Assistência de Enfermagem a gestante adolescente enfocando aspectos biopsicossocial e espiritual no ciclo gravídico puerperal - Maternidade Carmela Dutra.

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0031
Ex.2

N.Cham. TCC UFSC ENF 0031
Autor: Nascimento, Vilma
Título: Assistência de enfermagem a gest



972521628

Ac. 239682

Ex.2 UFSC ~~CCSM~~ CCSM