

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUZANA FELIX COELHO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍCA
DA GESTAÇÃO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE NAVIRAÍ – MS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUZANA FELIX COELHO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍCA
DA GESTAÇÃO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE NAVIRAÍ – MS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Simone Mara de Araújo
Ferreira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍCA DA GESTAÇÃO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE NAVIRAÍ – MS** de autoria do aluno **SUZANA FELIX COELHO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Doutoranda Simone Mara de Araújo Ferreira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP – Conselho de Ética e Pesquisa

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação

DHL - Desidrogenase Láctica

HMN – Hospital Municipal de Naviraí

MS – Mato Grosso do Sul

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Intervention Classification

SAE – Sistematização a Assistência de Enfermagem

TGO - Transaminase Glutâmica-oxalacética

TGP - Transaminase Glutâmico-pirúvica

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação.....	10
Quadro II: Complicações que podem surgir no decorrer da gestação.....	11
Quadro III: Formulário da Sistematização da Assistência de Enfermagem à pacientes com DHEG no HMN-MS.....	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

RESUMO

Considerando as possibilidades de intervenção na doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), o presente estudo tem como objetivo estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem para as gestantes que apresentam tal agravo. Torna-se relevante a realização deste trabalho, pois se trata de uma doença frequente, com complicações e consequências gravíssimas, podendo colocar a vida da mãe e do bebê em risco. Considerando que a DHEG é uma doença de grande relevância para as gestantes e a maior causa de morte materna, observou-se a necessidade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) direcionada às gestantes que internam com DHEG na maternidade do Hospital Municipal de Naviraí (HMN-MS). Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico. A partir das evidências científicas levantadas foi elaborado um plano de cuidado por meio da SAE, explicitando os principais diagnósticos de enfermagem para as gestantes portadoras da DHEG. Foi adotada a Taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e Nursing Intervention Classification (NIC). Portanto, trata-se de uma Tecnologia de Cuidado ou Conduta. Os principais diagnósticos levantados foram agrupados em um formulário a ser adotado nas práticas assistenciais do HMN-MS. A utilização de formulários de SAE no ambiente hospitalar apresenta-se como uma forma de facilitar a implantação do processo de enfermagem e de direcionar o cuidado a essas mulheres. Além de possibilitar o registro sistemático dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções, objetivam não apenas a qualidade da assistência prestada, mas também ampliam a visibilidade e o reconhecimento profissional, além de favorecer a avaliação da prática de cuidados.

Palavras chaves: Hipertensão Gestacional; Doença Hipertensiva Específica da Gestação; Assistência de enfermagem; Pré-Natal.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é conhecida como um fenômeno reprodutivo que decorre de uma relação sexual no momento em que a mulher está no seu período fértil (BRASIL, 2001; LISE et al., 2006). Consiste num fenômeno fisiológico marcado por significativas mudanças físicas, sociais e emocionais. Nesta fase a mulher vivência situações de ansiedade, fantasias, medos e expectativas (CABEZAS, 2002; BRASIL, 2010).

Na maioria das vezes ela evolui sem intercorrências, mas uma minoria de gestantes que possuem características específicas ou por sofrerem algum agravo fisiológico, tem maiores chances de apresentarem complicações, com aparecimento de doenças específicas da gestação. Tais intercorrências aumentam a probabilidade de evolução desfavorável, que caracterizam a gravidez como uma gestação como de alto risco (COSTA, 2002).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud BRASIL, 2010). A gravidez torna-se de alto risco quando a gestante apresenta alguma doença ou mesmo outra condição sócio biológica que acaba prejudicando o desenvolvimento normal da gravidez. Ou seja, quando um fator materno ou fetal interfere no curso da gestação, deixando a vida ou a saúde da mãe e filho mais expostas a riscos. No Brasil, cerca de duas mulheres morrem por hora devido às doenças relacionadas à gestação.

Dentre as complicações que podem ocorrer durante a gestação podemos citar a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), hemorragias e prematuridade (ABICALAFFE, AMARAL, DIAS, 2004). No caso da DHEG, ela constitui-se em uma das mais frequentes causas de complicações podendo levar ao parto prematuro, eclampsia e morte do binômio mãe e filho. Considerada como a principal causa de morte materna obstétrica direta no Brasil a DHEG caracteriza-se pela tríade sintomática clássica: edema, hipertensão arterial e proteinúria, que se manifesta depois da vigésima semana de gestação (FILHO et al., 2004; LIMA; OLIVEIRA, 2007).

Em relação ao tratamento, deve-se levar em consideração a idade gestacional e a gravidade da DHEG a fim de se escolher a conduta mais adequada. O tratamento definitivo consiste na interrupção da gestação, entretanto algumas vezes é possível aguardar o

amadurecimento fetal para realizar o parto (CORLETA; KALIL, 2004). Essa doença não tem cura, a não ser que a gravidez seja interrompida, podendo evoluir para as toxemias gravídicas (LISE et al., 2006).

Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, os óbitos maternos são considerados uma “epidemia silenciosa”. Apesar da implantação de programas e ações nos últimos anos, a redução dos riscos na gravidez e as melhorias decorrentes dessas intervenções ainda estão longe de ser uma realidade. Entre os programas implementados podemos mencionar os de aconselhamento à gravidez, com ênfase para a adequada nutrição, melhora da autoestima, e minimização dos fatores de risco que incluem o hábito de fumar, o alcoolismo e o uso de drogas, além do apoio social (MENDONZA-SASSI et al., 2007).

Por outro lado, alguns países em desenvolvimento tem alterado esse quadro por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente (BRASIL, 2010). Considerando que existem tecnologias disponíveis para impedir a mortalidade materna, torna-se inaceitável que os serviços de saúde destinados às gestantes sejam inadequados ao ponto de não reverterem estes indicadores.

Existe a possibilidade de se evitar a morte materna em torno de 90 e 95% e tais intervenções estão diretamente associadas à oportunidade da mulher receber uma assistência de qualidade durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério (REZENDE; MORELI; REZENDEb, 2000). Neste intuito, a assistência deve englobar a identificação precoce dos problemas apresentados, bem como a pronta instituição dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2010).

Considerando as possibilidades de intervenção na DHEG, o presente estudo tem como objetivo estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem para as gestantes que apresentam DHEG. Torna-se relevante a realização deste trabalho, pois se trata de uma doença frequente, com complicações e consequências gravíssimas, podendo colocar a vida da mãe e do bebê em risco. Além disso, a sistematização da assistência prestada auxilia na uniformização da abordagem da gestante com DHEG, contribuindo na tomada de decisões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Gravidez de alto risco

Existem inúmeros fatores associados ao risco gestacional e eles podem estar presentes antes mesmo da gestação. Dessa forma, a identificação de tais fatores (Quadro I) em mulheres em idade fértil possibilita orientações mais direcionadas durante o planejamento familiar (BRASIL, 2010).

Quadro I: Fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;

- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Fonte: BRASIL, 2010 p.12-13

Por outro lado, existem os grupos de fatores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco (Quadro II):

Quadro II: Complicações que podem surgir no decorrer da gestação

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;

- Aloimunização;

- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);

-Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: BRASIL, 2010 p.13

Estes fatores de risco gestacional são prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal. Desse modo, torna-se necessário que os profissionais de saúde observem todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico a fim de identifica-los. Uma vez caracterizada como gestação de alto risco a assistência pré-natal precisa ser mais criteriosa e os seguimentos devem levar em conta: a avaliação clínica; a avaliação obstétrica; as repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez; o parto além de aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2010).

2.2 Doença Hipertensiva Específica da Gestação

O termo "hipertensão na gravidez" é utilizado comumente em situações em que a paciente tenha desde um aumento discreto da pressão arterial até uma hipertensão grave, com comprometimento de vários órgãos (ANGONESI; POLATO, 2007; BEZERRA et al., 2005). Considerada no Brasil a primeira causa de morte materna, a DHEG é a complicação mais frequente na gestação (KAHHALE; ZUGAIB, 2000). Ela é mais frequente na adolescência e sua incidência é em média de 5 a 10%, com taxas de mortalidade materna e fetal em torno de 20% (BRINGMANN, 2004; GALLETTA; ZUGAIB, 2004).

Pode-se definir a DHEG como uma manifestação clínica e laboratorial que é resultado da elevação da pressão arterial de uma gestante, até então normotensa, a partir da 20ª semana de gravidez e desaparece num período de até seis semanas após o parto. Essa doença é uma das complicações do ciclo gravídico que apresenta um alto risco para a mãe e o bebê. Nesta situação, as alterações hemodinâmicas que ocorrem na gravidez normal, responsável pelo ajuste na

fisiologia renal e cardiovascular, não acontecem (PASTORE; VINADÉ, 2007; OLIVEIRA, 1996; DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

Como já mencionado, a DHEG se caracteriza pela tríade: hipertensão arterial, proteinúria e edema. A hipertensão arterial é caracterizada por pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas. Ressalta-se ainda que a pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. A proteinúria é definida como a excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas (BRASIL, 2010). Pode ser classificada em pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além da síndrome Hellp que também pode evoluir durante esse período (ANGONESI; POLATO, 2007; PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

A pré-eclâmpsia consiste na hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Pode ser classificada em leve ou grave. Considera-se grave quando apresenta um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas; oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora); níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL; sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais); dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia; plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$); aumento de enzimas hepáticas e de bilirrubinas; presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico. Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são: acidente vascular cerebral; sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose e presença de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e/ou oligohidrânio (BRASIL, 2010).

A eclâmpsia “caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato” (BRASIL, 2010, p.29).

A síndrome Hellp é o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP

= low platelets count “)”. Em obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

2.3 Assistência de Enfermagem frente à Doença Hipertensiva Específica da Gestação

De um modo geral, o cuidado de enfermagem é baseado na educação para o autocuidado competente. Neste intuito, o enfermeiro orienta para que o paciente possa aprender os conceitos e habilidades necessárias para o seu tratamento em longo prazo, assim como identificar as complicações potenciais (SMELTZER; BARE, 2005).

No caso específico do atendimento à gestante que tenha uma gravidez de risco é necessário que a enfermagem seja capacitada, uma vez que os agravos decorrentes de uma gestação de alto risco comprometem aspectos biopsicossocioculturais e espirituais tanto da gestante quanto dos seus familiares (GOUVEIA; LOPES, 2004). Dessa forma, a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal requer um preparo clínico que o possibilite identificar problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, permitindo assim a intervenção nas situações presentes (PEREIRA; BACHION, 2005).

Frente à DHEG deve-se adotar uma rigorosa vigilância pré-natal, que inclui: manter essa paciente em repouso e em decúbito lateral esquerdo; fazer uma moderada restrição de sal; aumentar a ingestão hídrica; fazer acompanhamento e avaliação laboratorial de 15 em 15 dias ou de 30 em 30 dos seguintes exames: hemograma completo, uréia, creatinina, ácido úrico, contagem de plaquetas, enzimas hepáticas; Transaminase Glutâmica-oxalacética (TGO), Transaminase Glutâmico-pirúvica (TGP), Desidrogenase Láctica(DHL); albumina sérica, bilirrubinas, proteinúria de 24h, urina tipo I e urocultura, entre outros cuidados (SANTOS; SILVA; NAKAMURA, 2006).

Dentro da equipe multiprofissional, o conhecimento técnico e científico do enfermeiro, adquirido de forma reflexiva, pode acrescentar de forma significativa no tratamento e acompanhamento dessas gestantes, ajudando as mesmas a atingir o equilíbrio e a melhora, tanto para ela quanto para o filho (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

A equipe de Enfermagem deve estar atenta e monitorar todos os acontecimentos e dúvidas da gestante, a fim de diminuir um pouco seu sofrimento, deve atuar na orientação, incentivando e

ajudando a gestante a ter seu filho da forma mais saudável e digna possível (SANTOS; SILVA; NAKAMURA, 2006).

Portanto, o profissional deve ajudá-la a adquirir autonomia no agir, aprendendo a enfrentar situações de estresse e de crise, optando pela vida e a saúde. O enfermeiro também deve capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionando suas atividades. Deve também realizar a consulta de enfermagem com atenção aos fatores de risco, auxiliando no tratamento não medicamentoso, assegurando a adesão bem como se atentando aos possíveis problemas que possam surgir com o tratamento, tomando as medidas necessárias (BRASIL, 2006).

Neste intuito, o enfermeiro pode se apropriar do diagnóstico de enfermagem que consiste na habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais. A taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo mais difundida no Brasil é a da North American Nursing Diagnosis Association –NANDA (NANDA, 2012).

3 MÉTODO

Trata-se de um trabalho bibliográfico, uma vez que buscou encontrar explicações a partir de referências teóricas anteriormente publicadas. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2007, p.40). Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. Além disso, a pesquisa bibliográfica é indispensável para a realização de estudos históricos.

Considerando que a DHEG é uma doença de grande relevância para as gestantes e a maior causa de morte materna, observou-se a necessidade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) direcionada às gestantes que internam com DHEG na maternidade do Hospital Municipal de Naviraí (HMN-MS).

O HMN-MS conta com uma equipe multiprofissional (obstetras, pediatras, nutricionista, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem) e sua estrutura física é composta por cinco enfermarias com um total de 14 leitos destinados à internação de gestantes de baixo e alto risco.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico. A partir das evidências científicas levantadas foi elaborado um plano de cuidado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), explicitando os principais diagnósticos de enfermagem para as gestantes portadoras da DHEG assistidas na maternidade do Hospital Municipal de Naviraí – MS (HMN-MS). Foi adotada a Taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e Nursing Intervention Classification (NIC). Portanto, trata-se de uma Tecnologia de Cuidado ou Conduta.

É importante destacar que como não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida) o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após análise da literatura e entendimento sobre a importância da assistência de enfermagem frente aos casos de DHEG, buscou-se estabelecer os diagnósticos de enfermagem, que é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais e potenciais, sendo a base para seleção das intervenções de enfermagem e elaboração do plano de cuidados.

O levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem para as gestantes portadoras da DHEG permite alcançar novos resultados, ou seja, viabiliza a busca por resultados positivos e dessa forma interfere diretamente nas estatísticas relacionadas aos óbitos ocasionados pela DHEG.

Os principais diagnósticos levantados foram agrupados em um formulário a ser adotado nas práticas assistenciais do HMN-MS e estão descritos abaixo (Quadro III):

Quadro III: Formulário da Sistematização da Assistência de Enfermagem à pacientes com DHEG no HMN-MS

Sistematização da Assistência de Enfermagem			
Data/hora	Diagnóstico de enfermagem	Prescrição	Responsável
	<input type="checkbox"/> Risco para infecção Relacionado à: <input type="checkbox"/> procedimentos invasivos	<input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado <input type="checkbox"/> Manter sistema fechado de drenagem urinária <input type="checkbox"/> Trocar o sistema de drenagem urinária a intervalos regulares <input type="checkbox"/> Observar características da drenagem urinária <input type="checkbox"/> Obter amostras de urina através do orifício do sistema fechado de drenagem urinária	

		<input type="checkbox"/> Trocar acesso endovenoso conforme orientação do CCIH <input type="checkbox"/> Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas assépticas <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção <input type="checkbox"/> Facilitar as medidas de higiene	
	<p><input type="checkbox"/> Risco de função hepática prejudicada Relacionado à:</p> <p><input type="checkbox"/> complicação da DHEG</p>	<input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais de função hepática (TGO, TGP, bilirrubina) <input type="checkbox"/> Identificar sinais e sintomas de complicações hepáticas (dor no hipocôndrio direito, palidez, icterícia) <input type="checkbox"/> Orientar dieta normossódica e hiperproteica <input type="checkbox"/> Promover repouso	
	<p><input type="checkbox"/> Risco para constipação Relacionado à:</p> <p><input type="checkbox"/> mudança ambiental recente <input type="checkbox"/> mudança nos padrões habituais de comida e alimentação <input type="checkbox"/> peristaltismo diminuído secundário à gravidez</p>	<input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de constipação <input type="checkbox"/> Monitorar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor <input type="checkbox"/> Monitorar ruídos hidroaéreos <input type="checkbox"/> Encorajar um aumento da ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Administrar enema quando adequado <input type="checkbox"/> Garantir que a	

		dieta inclua alimentos ricos em fibras	
	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde Relacionado à: <input type="checkbox"/> falta de acesso às informações	<input type="checkbox"/> Acolher a gestante e garantir a qualidade do atendimento em obstetrícia <input type="checkbox"/> Escutar suas dúvidas, desejos e necessidades	
	<input type="checkbox"/> Manutenção ineficaz da saúde Relacionada à: <input type="checkbox"/> vergonha e percepção equivocada sobre cuidado com a saúde	<input type="checkbox"/> Prestar assistência quanto a automodificação do comportamento <input type="checkbox"/> Solicitar aconselhamento nutricional <input type="checkbox"/> Orientar quanto ao tratamento medicamentoso <input type="checkbox"/> Orientar quanto a DHEG e suas complicações	
	<input type="checkbox"/> Controle ineficaz do regime terapêutico Relacionado à: <input type="checkbox"/> dificuldades percebidas <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> falta de tempo	<input type="checkbox"/> Orientar quanto ao propósito e ação de cada medicamento <input type="checkbox"/> Revisar o conhecimento que o paciente tem de cada medicamento <input type="checkbox"/> Informar quanto as consequências de não tomar ou interromper repentinamente os medicamentos <input type="checkbox"/> Promover o envolvimento familiar no processo de modificação do regime terapêutico	
	<input type="checkbox"/> Medo Relacionado à: <input type="checkbox"/> ao parto	<input type="checkbox"/> Orientar quando ao processo de trabalho de parto <input type="checkbox"/> Informar quanto	

		dor ocasionado no trabalho de parto e a necessidade de colaboração para uma boa evolução do mesmo	
	<p>() Dor aguda Relacionada à:</p> <p>() agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos) () contrações uterinas e espasmos da musculatura da região lombar</p>	<p>() Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início /a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes () Administrar analgésicos (conforme prescrição médica) () Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e frequentes após cada administração () Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais () Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor (não-farmacológica: posição confortável, massagens relaxantes e toque terapêutico)</p>	
	<p>() Volume excessivo de líquidos Relacionado à:</p> <p>() compressão venosa pelo útero gravídico () retenção em função da DHEG</p>	<p>() Avaliar a localização e extensão do edema () Pesar diariamente a paciente () Manter registro preciso da ingestão e da eliminação</p>	

		<p>() Monitorar o estado de hidratação (mucosas úmidas, adequação das pulsações e pressão sanguínea ortostática)</p> <p>() Monitorar sinais vitais</p> <p>() Monitorar valores séricos e urinários de eletrólitos e proteínas;</p> <p>() Monitorar indicadores de sobrecarga/retenção de líquidos (crepitação, distensão de veia jugular)</p> <p>() Monitorar busca de manifestações neuromusculares de hipermagnesemia (fraqueza ao afastar reflexos dolorosos profundos, paralisia muscular e musculatura flácida)</p> <p>() Monitorar ingestão e eliminação de líquidos</p>	
	<p>() Baixa autoestima situacional Relacionada à:</p> <p>() gravidez</p>	<p>() Fazer afirmações positivas sobre a paciente</p> <p>() Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos e reforçá-los</p> <p>() Ajudar a paciente a discutir as mudanças causadas por uma gravidez</p> <p>() Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente</p> <p>() Ajudar a paciente a separar a</p>	

		aparência física dos sentimentos de valor pessoais	
	<input type="checkbox"/> Padrão de sono perturbado Relacionada à: <input type="checkbox"/> ameaça real à integridade biológica secundária à doença e hospitalização <input type="checkbox"/> ansiedade, <input type="checkbox"/> mudança de ambiente <input type="checkbox"/> desconforto físico	<input type="checkbox"/> Oferecer à pessoa o uso dos analgésicos prescritos <input type="checkbox"/> Ajustar temperatura do quarto ou providenciar /retirar cobertores <input type="checkbox"/> Adaptar iluminação ambiental <input type="checkbox"/> Controlar ou prevenir ruído indesejado <input type="checkbox"/> Adaptar o ciclo regular do sono/estado de alerta do paciente ao plano de cuidados <input type="checkbox"/> Monitorar/registrar o padrão do sono do paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar a paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam estado de alerta <input type="checkbox"/> Prevenir interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso	
	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada Relacionada à: <input type="checkbox"/> alterações da gravidez <input type="checkbox"/> complicações da DHEG	<input type="checkbox"/> Realizar sondagem conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Orientar a paciente a registrar o débito urinário <input type="checkbox"/> Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o	

		<p>volume e a cor</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Ansiedade Relacionada à:</p> <p><input type="checkbox"/> mudança no estado de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> estado de saúde do bebê</p> <p><input type="checkbox"/> parto</p>	<p><input type="checkbox"/> Identificar o nível de ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico</p> <p><input type="checkbox"/> Encorajar a família a permanecer com a paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Imagem corporal perturbada Relacionada à:</p> <p><input type="checkbox"/> mudanças do corpo secundárias à gestação</p>	<p><input type="checkbox"/> Atuar como ouvinte ativa</p> <p><input type="checkbox"/> incorporar o pai nas discussões quando apropriado</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir mudanças de papel como mulher/mãe/cuidadora que deverá ocorrer com o nascimento</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Padrão de sexualidade alterado Relacionado à:</p> <p><input type="checkbox"/> volume abdominal aumentado pela gravidez</p> <p><input type="checkbox"/> disfunção na eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/> problemas psicológicos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Identificar as mudanças comuns entre as mulheres grávidas</p> <p><input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a expressar seus sentimentos para seu parceiro</p> <p><input type="checkbox"/> Sugerir leitura de material sobre o assunto</p>	

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as especificidades da DHEG, existe a necessidade da implementação de uma sistematização da assistência de enfermagem voltada para este grupo de pacientes, principalmente quando levamos em conta as consequências que a DHEG pode trazer ao binômio mãe-filho.

Nesse sentido, a utilização de formulários de SAE no ambiente hospitalar apresenta-se como uma forma de facilitar a implantação do processo de enfermagem e de direcionar o cuidado a essas mulheres. Além de possibilitar o registro sistemático dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções, objetivam não apenas a qualidade da assistência prestada, mas também ampliam a visibilidade e o reconhecimento profissional, além de favorecer a avaliação da prática de cuidados.

Esta pesquisa contribui com o conhecimento dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, para que eles possam se conscientizar da importância do tema, da realidade dessa doença na maternidade do Hospital Municipal de Naviraí - MS, assim como de sua atuação frente às necessidades das gestantes que desenvolverem a DHEG.

REFERÊNCIAS

- ABICALAFFE, C.; AMARAL, V. F.; DIAS, J. S. **APLICAÇÃO DA REDE BAYESIANA NA PREVENÇÃO DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**. In: Congresso Brasileiro de Informática Médica, 2004, Ribeirão Preto. Anais do Congresso Brasileiro de Informática Médica, 2004. v. 1. p. 1-1.
- ANGONESI, J.; POLATO, A. **Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de Hellp**. RBAC, vol. 39, n. 4, p. 243-245, 2007.
- BEZERRA, E. H. M. *et al.* **Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola**. Revista Bras. Ginecol. Obstet., vol. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: caderno do aluno – saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde./Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Caderno de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.302 p.
- BRADEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann&Affonsos, 2000. 524 p.
- BRINGMANN, N .V. **Hipertensão na gravidez** . Disponível em:. Acesso em 10.04. 14.
- CABEZAS CRUZ E. **Mortalidade materna y perinatal em adolescente**. Ver. Cuba Obster Ginecol. 2002.
- COSTA, I. G. **As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto alegre: Universidade Federal doRio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, v.23, M.L, p. 30 – 46, jan. 2002.
- CORLETA, H. V. E.; KALIL, H. S. B **Gestação e Hipertensão**. Disponível em: . Acesso em 09.05.14.
- FILHO, A. D. P. C. *et al.* **Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 7, n. 3, 2004.
- GALLETTA, M. A. ; ZUGAIB, M. **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez** . Disponível em:. Acesso em 05.04.14.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. **Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, Apr. 2004.

KAHHALE, S. ; ZUGAIB, M. **Síndromes Hipertensivas na Gravidez: Pré-eclâmpsia.** In: BENZECRY, R. ; OLIVEIRA, H. O. ; LEMGRUBER, I. **Tratado de Obstetrícia** . Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 524-529.

MARTINS, C. A.; REZENDE, L. P. R.; VINHAS, D. C. S. **Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia.** Revista Eletrônica de Enfermagem, vol. 5, n. 1, p. 49-55, 2003.

MENDONZA-SASSI, R. A. *et al.* **Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.** Caderno saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 9, p. 2157-2166, set, 2007.

MOREIRA, R. C. R. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica.** 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2005.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação-2012/2014.** Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

OLIVEIRA, S. M. J. V. **Estudo comparativo da mediana indireta da pressão arterial em gestantes, com manguito de largura correta e com manguito de largura padrão.** Revista Escola Enfermagem USP, vol. 30, n. 1, p. 167-169, abr.1996.

OLIVEIRA, N. S. M. ; LIMA,E.S. **Microalbuminuria versus proteinuria como marcador diagnóstico da doença hipertensiva específica da gravidez.** In: XVI CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DA UFAM, 2007, Manaus. XVI CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DA UFAM, 2007.

PASTORE, S.; VINADÉ, I. A. **Hipertensão Gestacional** – uma revisão de literatura. TCC – Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina, 2007. Disponível em: http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07b/simone/Simone_artigo.pdf. acesso em 04 de mar/2009.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. **Síndromes hipertensivas na gestação: Estratégias e cuidados de enfermagem.** Rev. Edu., Meio Amb. E Saúde, vol. 3, n. 1, p. 208-222, 2008.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. **Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n.6, p.659-64, nov-dez, 2005.

REZENDEa, C. H. A.; MORELI, D.; REZENDEb, I. M. A. A. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Revista Saúde Pública**, vol. 34, n. 4, p. 323-328, 2000.

SANTOS, E.; SILVA, F. E.; NAKAMURA, E. K. K. **A importância do esclarecimento da enfermagem para a gestante de alto risco e de baixa renda.** TCC (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Campos de Andrade, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Bunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.