

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**EVA ROSANGELA BERNARDINO E SILVA**

**FLUXO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTES COM ALTERAÇÕES  
HIPERTENSIVAS**

**BELO HORIZONTE (MG)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**EVA ROSANGELA BERNARDINO E SILVA**

**FLUXO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTES COM ALTERAÇÕES  
HIPERTENSIVAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Enfermagem em Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Professor Orientador: Dr. Rafael Marcelo Soder**

BELO HORIZONTE (MG)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **FLUXO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTES COM ALTERAÇÕES HIPERTENSIVAS** de autoria do aluno **EVA ROSANGELA BERNARDINO E SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem em Urgência e Emergência.

---

**Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder**  
Orientador da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

BELO HORIZONTE (MG)

**2014**

Dedico este trabalho a cada uma dessas mulheres que são guerreiras de uma forma encantadora, são “deusas” que lutam em busca de sabedoria, felicidade e amor.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, à coordenadora do curso Prof. Dra. Vânia Marli Schubert Backes e à tutora Daniele Cristina Perin por fazer parte desse processo de crescimento profissional.

A meu orientador Rafael Soder pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivo.

Às minhas filhas Luiza e Laura pelo amor e apoio incondicional.

À minha amiga, Oliana, pacientemente sempre me dando conselhos, força, coragem e incentivo.

A todos que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>03</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>03</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>03</b>
<b>3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....</b>	<b>04</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>06</b>
<b>4.1 Diagnóstico da Síndrome HELLP.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2 Conduta na Síndrome HELLP.....</b>	<b>11</b>
<i>4.2.1 Premissas básicas.....</i>	<i>11</i>
<i>4.2.2 Conduta prévia à interrupção.....</i>	<i>11</i>
<i>4.2.3 Conduta conservadora.....</i>	<i>12</i>
<b>5 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>7 CRONOGRAMA FÍSICO- FINANCEIRO.....</b>	<b>17</b>
<b>8 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>18</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios de Forma e Classificação da Síndrome HELLP.....	<b>14</b>
<b>Quadro 2.</b> Plano de ação Meta II - Estabilizar a gestante.....	<b>14</b>
<b>Quadro 3.</b> Plano de ação Meta III - Avaliar estado fetal.....	<b>15</b>
<b>Quadro 4.</b> Plano de ação Meta IV - Determinar momento e via do parto.....	<b>15</b>
<b>Quadro 5.</b> Plano de ação Meta V - Cuidados no pós-parto.....	<b>16</b>
<b>Quadro 6.</b> Cronograma físico-financeiro.....	<b>17</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Critérios de Forma e Classificação da Síndrome HELLP .....	<b>09</b>
---	-----------



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACAU	Associação Comunitária de Amigos e Usuários
AIS	Ações Integrals de Saúde
AST	Aspartato aminotransferase
AVP	Acesso venoso periférico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HSF	Hospital Sofia Feldman
IM	Intramuscular
LDH	Lactato desidrogenase
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-nascido
SARA	Síndrome da angústia respiratória
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SSVP	Sociedade São Vicente de Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda vesical de demora
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UGAR	Unidade de Gestação de Alto Risco
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

## RESUMO

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência, entretanto qualquer alteração da normalidade leva a gravidez ao conceito de risco gravídico. A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma doença de grande morbimortalidade na gestação de alto risco, caracterizada por hipertensão arterial, proteinúria e/ou edema, possuindo elevada taxa de incidência e prevalência no Brasil, e nesse contexto objetivou-se elaborar uma proposta de intervenção para implementação de um fluxo de atendimento diferenciado a pacientes com doenças hipertensivas prevenindo possíveis complicações. Utilizou a revisão da literatura, enquanto método, e os achados foram obtidos por meio de busca em periódicos impressos e online, como também no Ministério da Saúde. A partir das referências encontradas e exploradas, pode-se fundamentar com maior propriedade a construção do projeto que contemple a necessidade da implementação de um fluxo para nortear a assistência de enfermagem à gestante de risco, visando qualificar a coleta de dados e a elaboração e aplicação de cuidados melhor direcionados aos problemas comuns a esse grupo. Contudo, é iminente atentar às necessidades individuais de cada mulher, de forma a personalizar o atendimento, buscando a melhoria da assistência, tornando o cuidado diferenciado, individualizado e humanizado.

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a Graduação em Enfermagem, ao cursar a Disciplina Enfermagem Materno Infantil e realizando estágio nos Centros de Saúde assistindo as gestantes no pré-natal, possivelmente, essa vivência tenha colaborado para reforçar o meu interesse em atuar na atenção à saúde da mulher e da criança.

Ao concluir o Curso de Graduação em Enfermagem tive oportunidade de atuar como enfermeira assistencial em uma maternidade referência para Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do estado de Minas Gerais, recebendo usuárias por meio da Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH).

Durante esse período, pude entender e compreender que no decurso da gravidez algumas intercorrências podem ameaçar a existência da mãe e/ou bebê, configurando ocasiões de emergência que demandem uma intervenção rápida.

A gestação oferece alterações fisiológicas e anatômicas que podem intervir na avaliação da gestante, sendo indispensável que os profissionais de saúde tenham noção sobre essa informação, para então desempenharem uma avaliação correta que resulte em um auxílio adequado e de qualidade.

A assistência ao pré-natal implica em uma avaliação dinâmica das condições de risco, como também estar sempre de prontidão para identificar dificuldades, e com isso poder agir, independente do problema, vislumbrando primeiramente prevenir e promover a saúde, antevendo possíveis eventos adversos. Visto que a falta de controle no pré-natal, por si mesma, pode aumentar o risco para a gestante ou o recém-nascido (RN) (BRASIL, 2010).

No entanto, trata-se de uma posição limítrofe que pode provocar danos tanto para a mãe quanto para o feto. Há um determinado número de gestantes que, por características especiais apresentam maior probabilidade de evolução adversa, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010).

Meu interesse por entender e aprofundar o conhecimento dos significados para a mulher em gerar um filho numa situação de alto risco, surgiu da minha experiência na unidade em que desenvolvo minha atividade profissional, percebendo que a gestante, quando diagnosticado em

um ou mais fator de risco, se mostra vulnerável diante das incertezas do dia-a-dia, tendo que conviver com o fantasma do risco, o que representa uma ameaça para sua saúde e do seu bebê.

Muitas vezes, por falta de sensibilidade, de conhecimento técnico e científico, os profissionais de saúde se sentem despreparados para atuarem com tranquilidade em relação a gestante que traz o rótulo de gestação de alto risco.

Gestantes de risco não habitual, as gestantes são avaliadas em situação de alto risco e que, segundo classificação do Ministério da Saúde, apresentam alguma intercorrência clínica, como hipertensão arterial, cardiopatia, pneumopatia, nefropatia, endocrinopatia, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes e ginecopatias (OLIVEIRA, 2008, p. 34).

A hospitalização, tão comum e às vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como fator estressante, sendo fundamental que a enfermagem tenha conhecimento técnico-científico das complicações da gestação, oferecendo e garantindo um bem estar físico e psicossocial a estas pacientes neste momento delicado de sua vida.

Nesse aspecto, a enfermagem participa ativamente de todas as etapas desse processo que vai desde o reconhecimento e classificação dos distúrbios hipertensivos, até o diagnóstico da Síndrome HELLP, manejo, cuidados e acompanhamentos da mulher no puerpério.

Este projeto salienta e valoriza a importância de um acompanhamento adequado a esta gestante, promovendo uma assistência com mais qualidade, contribuindo na diminuição dos efeitos deletério sobre a saúde do binômio mãe-bebê, e, relaciona a importância da assistência qualificada a ser prestada pela equipe de enfermagem no agravamento da Síndrome HELLP.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para implementação de um fluxo de atendimento diferenciado a pacientes com doenças hipertensivas, visando à prevenção de possíveis complicações.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Estudar aspectos conceituais relativos à Síndrome HELLP;
- b) Propor um planejamento de fluxo e intervenção para gestantes com alterações de medidas de elevação de Pressão Arterial.

### 3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Na década de 70, o Conselho particular de São Bernardo, órgão da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), com terreno e projeto arquitetônicos doados, idealizou-se a construção de uma obra beneficente em uma quadra de lotes no bairro Tupi, zona norte de Belo Horizonte. Iniciou-se em esquema de mutirão, com ajuda da comunidade e pouquíssimos recursos atuando sem contar com os recursos provindos da Previdência Social, contando apenas com a caridade para ofertar os serviços básicos de saúde (HOSPITAL SOFIA FELDMAN - HSF, 2013).

Ao final da década de 70 foi inaugurado um ambulatório e mais tarde, já nos anos 80 a instituição contava com poucos leitos de clínica pediátrica e internação conjunta (mãe e filho). Assim atuou com trabalhos voluntários e doações da comunidade, inserindo mais tarde, nas Ações Integradas de Saúde (AIS), programa esse precursor do Sistema Único de Saúde (SUS) (HSF, 2013).

Após uma crise institucional com risco de encerramento das suas atividades fundou-se uma Associação Comunitária de Amigos e Usuários (ACAU) criando mais tarde o Conselho de Saúde, de acordo com a Lei Federal 8.142 de 23 de dezembro de 1990, com a finalidade de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento de suas ações e serviços de saúde (HSF, 2013).

Atualmente a instituição é referência para uma população de aproximadamente 400 mil pessoas e todos os seus leitos (obstétricos e neonatais) são destinados ao atendimento pelo SUS e exemplo de humanização na saúde. Possui 150 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI), e 13 de outras clínicas. São realizados cerca de 900 partos ao mês (HSF, 2013).

Os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera são desenvolvidos, sistematicamente, pela instituição (HSF, 2013).

Tem como missão “Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo” (HSF, 2013).

Com a visão: “Um hospital público, não governamental, que ofereça atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e a criança, para a clientela universalizada, dentro de um Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social” (HSF, 2013).

O perfil de assistência materno-infantil, com todas as internações feitas através da Central de Internações da SMSA, pelo SUS (HSF, 2013). As pacientes assistidas dentro desta maternidade em setores como: pré-parto, sala de parto, alojamento conjunto têm uma rotatividade entre 24hs às 48hs de acordo com o tipo de assistência ao parto, sendo normal ou cesárea, classificada como pacientes de gestação de risco habitual. Porém, pacientes que apresentam complicações, são encaminhadas para a Unidade de Gestação de Alto Risco (UGAR).

A UGAR presta assistência a gestante ou puérperas com diagnóstico de hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, eclampsia e suas complicações tais como: Síndrome HELLP; diabetes gestacional Mellitus tipo I ou tipo II; cetoacidose metabólica; hemorragias pós-parto normal ou cesárea; infecção puerperal; entre outros agravos. Onde o olhar diferenciado da equipe de enfermagem transforma em cuidado vital para estas pacientes que estão submetidas a monitoramento invasivo e não invasivo, conforme patologias e protocolos do setor, necessitando às vezes de balanço hídrico rigoroso e demais cuidados específicos.

É importante atentar que uma gestação mesmo transcorrendo bem, pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da mesma ou durante o trabalho de parto. Assim, é necessário reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal e durante o trabalho de parto. A interferência rápida evita os retardos assistenciais capazes de provocar morte materna ou perinatal (BRASIL, 2010).

A importância de estudar sobre a gestação de alto risco se deve ao fato de que a gravidez de risco está fortemente relacionada com uma maior morbi-mortalidade materna e perinatal. Quando são identificadas condições de risco, algumas podem ser tratadas e outras minimizadas, E, uma vez identificadas algumas condições de risco, estas podem ser tratadas, outras minimizadas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com mais rigor os sinais precoces de complicações iniciando o tratamento prontamente.

A enfermagem pode atuar no sentido de reduzir complicações relacionadas a função reprodutiva, através do atendimento de qualidade, ampliando os horizontes para a equipe assistir com melhor qualidade as gestantes de alto risco nos serviços.



## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No decorrer dos cuidados prestados as gestantes, podemos nos deparar com várias situações. Neste contexto, em nível hospitalar, uma das situações mais comuns, são as gestantes com algum risco gestacional. Existem vários tipos de fatores geradores desse risco, sendo que alguns deles, podem estar presentes antes da ocorrência da gravidez.

Sua identificação nas mulheres em idade fértil permite orientações de forma generalizada, contudo com maior cuidado e atenção às que apresentam fatores de vulnerabilidade. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como exemplo de cuidado pode-se relacionar a mulher diabética, que antes de engravidar, tem a necessidade de estar integralmente controlada, distante de episódios que possam oferecer risco (BRASIL, 2010).

A doença hipertensiva da gravidez constitui-se em uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal por apresentar alto risco de morbidade e mortalidade para o binômio mãe-filho.

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e possa ainda ser identificado por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2010).

Toxemia gravídica, termo utilizado há muitas décadas, inapropriadamente, para definir esta doença, pois se pensava que havia interferência de agentes tóxicos na circulação sanguínea causando os distúrbios hipertensivos, consagrando-se assim, universalmente pelo seu uso corrente na literatura. Porém, atualmente é usado o termo Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), por melhor expressar as características desta entidade em estudos mais recentes tem se usado o nome de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (MARTINS, REZENDE; VINHAS, 2003, p. 52).

Na gestação, mesmo havendo alterações importantes, o organismo feminino se mantém em equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios. No entanto, o limite entre a

normalidade e a doença é muito tênue e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade materno-fetal (MARTINS; REZENDE; VINHAS, 2003).

A hipertensão arterial, em gestantes, é definida pela presença de pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg e para ser constatada, deve ser realizada duas aferições com um intervalo de 4 horas, a paciente deve estar sentada, evitando assim a compressão da veia cava pelo útero grávido (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

A presença de pressão arterial diastólica de 90mmHg ou mais, em duas aferições com intervalo de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110mmHg em uma única medida caracteriza a hipertensão arterial. Na gestação, o critério do aumento da pressão arterial é fundamental, pois são frequentes casos de gestantes cujos níveis tensionais pré-gravídicos são normalmente baixos, (80/50mmHg) e durante a gestação apresentam o aumento dos níveis tensionais para 115/70mmHg, após a 20ª semana, tal incremento deve ser considerado como um sinal da doença. Ou seja, se a partir da 20ª semana a gestante apresentar um acréscimo de 30mmHg na pressão sistólica e/ou 15mmHg na diastólica, considera-se que esta mulher possui a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

É importante lembrar que a hipertensão arterial pode ser uma doença pré-existente, ou seja, ao invés de ser induzida pela gravidez pode ser: coincidente - hipertensão arterial que antecede a gravidez e perdura após o parto ou é agravada pela gravidez; hipertensão prévia e/ou sub-clínica - que se agrava com a gravidez, ou ainda; passageira - hipertensão que se desenvolve após a primeira metade da gestação e distingue-se por elevação leve da pressão arterial, sem prejuízo para a gravidez (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Outro quadro de maior gravidade denomina-se eclampsia e caracteriza-se pela ocorrência de convulsões e/ou coma, não relacionados a outros distúrbios cerebrais, podendo ocorrer durante o ciclo gestacional, parto e puerpério (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

A pré-eclâmpsia é uma forma de hipertensão específica da gravidez humana. A incidência varia de 10 a 14% em primigrávidas e de 5,7 a 7,3% em multíparas, e está aumentada de maneira significativa em pacientes com gestações gemelares e naquelas com pré-eclâmpsia prévia. Entre os sintomas da tríade característica da pré-eclâmpsia estão hipertensão, edema e proteinúria. A hipertensão é a que mais se destaca e é definida como um aumento da pressão arterial acima dos valores considerados normais, ou seja, de 140/90 mmHg, ou um aumento na

pressão sistólica de 30 mmHg ou mais, e na diastólica de 15 mmHg ou mais, acima dos valores basais (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007, p. 255).

O edema, um dos sinais da tríade da DHEG, embora muito comum na gestação, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado à proteinúria e hipertensão arterial. Quanto à proteinúria, os autores consideram sua ocorrência quando há uma excreção superior a 300mg/litro em 24 horas, ou pela presença de 1g ou mais por litro em uma amostra de urina de 6 horas (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

A eclampsia é deliberada como o acometimento da gestante com diagnóstico de hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, com uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas, associadas ou não ao coma, sem relação com doenças neurológicas. Pode ocorrer durante a gestação, trabalho de parto e puerpério imediato (PERACOLI; PARPINELLI, 2005).

A Síndrome HELLP foi citada inicialmente por Pritchard em 1954, e após por Louis Weinstein em 1982, quem a denominou de HELLP: H Hemólise, do inglês: Hemolytic anemia; EL - Enzimas hepáticas elevadas, Elevated Liverenzymes; LP - Baixa contagem de plaquetas: Low Plateletcount (OLIVEIRA et al., 2012). A Síndrome HELLP é considerada uma variante da pré-eclampsia grave caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia. É ainda observada em mulheres grávidas com pré-eclâmpsia ou eclampsia que manifestam alterações no fígado e anormalidades na coagulação sanguínea (OLIVEIRA et al., 2012).

A maioria dos episódios da Síndrome HELLP é no terceiro trimestre, embora esta condição às vezes se desenvolva no segundo trimestre ou na semana seguinte ao parto. A classificação de Tenesse define duas formas clínicas da Síndrome HELLP: completa e parcial. Oliveira et al. (2012) classificam a partir da variação plaquetária em graus I, II e III os critérios utilizados para o diagnóstico e classificação da Síndrome Hellp que estão descritos no Quadro I apresentado a seguir:

TABELA 1  
Critérios de Forma e Classificação da Síndrome HELLP

Forma	Classe	Critérios
Completa	I	Plaquetas abaixo de 50.000 mm <sup>3</sup>
	II	Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm <sup>3</sup> AST > 70UI/l LDH > 600UI/l Bilirrubina > 1,2 mg/dl
Parcial	III	Pré-eclampsia grave + ausência de hemólise (HELLP); Elevação dos marcadores hepáticos Plaquetas entre 100.000 mm <sup>3</sup> e 150.000 mm <sup>3</sup>

Fonte: (OLIVEIRA et al., 2012, p. 349)

Embora qualquer gestante possa desenvolver a Síndrome HELLP, algumas apresentam maior risco incluindo aquelas que: são brancas; têm mais de 25 anos de idade; já deram a luz anteriormente (múltiparas); têm problemas de variação na pressão sanguínea (hipertensão arterial sistêmica), apresentam quadro de pré-eclampsia ou eclampsia (OLIVEIRA et al., 2012).

O quadro clínico típico que ocorre na segunda metade da gestação é a presença de dor epigástrica ou no quadrante superior direito (90% das pacientes), particularmente associada a náuseas e vômitos (50% das pacientes), hemorragia gastrointestinal e edema. É importante lembrar que a hipertensão e a proteinúria podem estar ausentes ou serem apenas ligeiramente anormais. Algumas pacientes podem apresentar vários sinais e sintomas, nenhum deles característico de pré-eclampsia grave; por isso, recomenda-se avaliação laboratorial para todas as gestantes com alguns destes sintomas (PERACOLI; P ARPINELLI, 2005).

Embora a causa da Síndrome HELLP ainda não esteja completamente definida, a mesma pode acarretar à insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, acidente vascular cerebral e outras complicações graves para a mãe. Ela também pode ocasionar o deslocamento prematuro da placenta, da parede uterina, o que pode resultar em morte fetal; outras complicações para o feto podem incluir o crescimento uterino restrito e síndrome da angústia respiratória (SARA) (PERACOLI; P ARPINELLI, 2005).

A Síndrome HELLP é uma condição grave que requer uma avaliação materna fetal completa. A primeira conduta é a interrupção imediata da gestação, auxiliada por cuidados intensivos, está indicada nas seguintes situações: Presença de eclampsia associada; Evidência de sofrimento fetal agudo; Evidência de coagulopatia materna; HELLP Classe I; e em outras complicações associadas à pré-eclâmpsia como hipertensão refratária, insuficiência renal, iminência de eclampsia e em gestação acima de 34 semanas (PERACOLI; PARPINELLI, 2005; AMORIM et al., 2006).

O tempo correto para a interrupção de um concepto viável depende de uma série de fatores da mãe, do feto e do tipo e condições de assistência obstétrica, clínica e neonatal oferecida. A interrupção da gestação na Síndrome HELLP não é uma indicação absoluta de cesariana embora na maioria dos casos (64 a 87 %) esta seja a via de escolha para a interrupção da gestação. Na presença de hematoma hepático impõe-se a realização do parto por via alta devido ao risco de ruptura e hemorragia intraperitoneal. Nas gestações com prematuridade extrema (idade gestacional abaixo de 24 semanas) a indução do parto é a via de escolha desde que o quadro materno permita (OLIVEIRA et al., 2012, p. 349).

#### 4.1 Diagnóstico da síndrome HELLP

Quadro inicial: Mal-estar geral; náuseas e vômitos; dor epigástrica e/ou dor no quadrante superior direito; icterícia subclínica; cefaleia resistente aos analgésicos; hipertensão arterial (BRASIL, 2003).

Quadro avançado: Alteração de comportamento; possibilidade de eclampsia; gengivorragia; hematúria e/ou oligúria; icterícia; distúrbios visuais; hemorragia vítrea; hipoglicemia; hiponatremia; diabetes insípido; nefrogênico (BRASIL, 2003).

Diagnóstico diferencial: Esteatose hepática aguda, púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome hemolítica urêmica, lúpus eritematoso sistêmico, púrpura trombocitopênica idiopática, hepatite, apendicite, doenças biliares, gastroenterite, encefalopatia (BRASIL, 2003).

Diagnóstico laboratorial:

- Esfregaço de sangue periférico anormal, com grande número de esquizócitos;
- Bilirrubina total > 1,2 mg/dl;
- Desidrogenase láctica > 600 U/I;
- Aspartatoaminotransferase > 70 U/I;

- Plaquetopenia < 100 000/mm<sup>3</sup>;
- Hipoproteinemia importante;
- Proteinúria significativa (BRASIL, 2003).

## **4.2 Conduta na Síndrome HELLP**

### *4.2.1 Premissas básicas*

A conduta básica nas pacientes com Síndrome HELLP visa evitar a morte materna e consiste na interrupção da gestação, depois de avaliada e corrigida a plaquetopenia e o déficit em fatores de coagulação, ambos responsáveis pelo obituário materno. Todas as pacientes com suspeita de Síndrome HELLP devem ter uma avaliação hepática por ultrassonografia ou tomografia computadorizada, com o objetivo de excluir a presença de um hematoma hepático. Havendo hematoma, o parto vaginal está contraindicado e uma cesariana deverá ser realizada em um hospital com condições de transfusão de sangue e derivados, bem como de cirurgia de fígado (BRASIL, 2003).

Eventualmente em gestações com prematuridade extrema e condições maternas estáveis, o parto poderá ser postergado por alguns dias. Esta conduta somente deverá ser tomada em hospitais de nível terciário, com equipe experiente em condução de gestações de alto risco (BRASIL, 2003).

### *4.2.2 Conduta prévia à interrupção*

- Avaliação pré-operatória da crase sanguínea.
- Transfusão de plaquetas e fatores de coagulação na vigência de
- Interrupção por cesariana.
- Anti-hipertensivo: preferência para a hidralazina injetável (5 - 40 mg).
- Sulfato de magnésio: preferencialmente esquemas IV, pelo risco de hematoma de glúteo na injeção intramuscular (IM).
- Hidratação venosa de volume sob monitorização.
- Controle rigoroso da diurese (BRASIL, 2003, p. 72).

#### 4.2.3 Conduta conservadora

- Anti-hipertensivo: de escolha do Serviço ou Hospital.
- Sulfato de magnésio por 24 horas segundo esquema de rotina.
- Corticoterapia para a maturação pulmonar fetal: betametasona/ dexametasona (12 mg/dia IM).
- Repetir a mesma dose em 24 horas.
- Monitorização fetal diária (BRASIL, 2003).
- Rotina laboratorial em dias alternados (hemograma, aspartato aminotransferase (AST), lactato desidrogenase (LDH), bilirrubina, lâmina de sangue periférico, ácido úrico, creatinina, proteínas séricas, rotina de urina).

Os profissionais da enfermagem devem ser capacitados em atender estas pacientes na identificação diferenciais quando se trata da Síndrome HELLP, principalmente quando for realizar administração de medicamentos que possam resultar em intercorrências imediatas não só para a mãe como também para o feto, levando ao acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal (BRASIL, 2003).

Qualquer conduta que não a intervenção imediata deve ser orientada de acordo com a viabilidade fetal e idade gestacional, os profissionais da enfermagem, devem ser capacitados em atender estas pacientes na identificação qualificada quando se trata da Síndrome HELLP. Principalmente quando for administrar medicamentos que possam resultar em intercorrência imediatas, não só para a mãe como também para o feto, levando ao acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal. Sendo assim, um plano de ação será benéfico para o setor padronizando a assistência de enfermagem direcional a estas pacientes.

## 5 MÉTODO

A metodologia adotada parte de uma revisão de literatura em periódicos científicos online e no Ministério da Saúde (MS), a partir dessa revisão e da busca por materiais referentes a temática em estudo, foi elaborado um plano de ação que segundo Gil (2010) comporta ações educativas que permitem analisar problemas e situações vividas através de medidas que possam melhorar a situação em nível local e a viabilização e execução de tais medidas com soluções a curto, médio ou longo prazo.

A partir da análise dos atendimentos assistidos pela equipe de enfermagem da instituição, foi realizado acompanhamento das gestantes desde a entrada até chegada à unidade de internação, e com isso pôde-se organizar uma sequência de planos de ação vislumbrando contribuir na organização do serviço.

As análises e acompanhamento da assistência da equipe de enfermagem deu-se no período de fevereiro de 2014, onde a partir das anotações e observações pôde-se organizar planos individualizados para cada ação.

Cabe salientar que este estudo, por estar na fase de elaboração do projeto, ainda não há necessidade de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme demanda a legislação vigente. Contudo, a partir da possibilidade de implementação e busca por resultados, o mesmo será submetido ao comitê conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 1996).



## 6 PLANO DE AÇÃO

QUADRO 1

Plano de ação Meta I - Atendimento eficaz e de qualidade

<b>META I</b>	<b>Diferenciar o acolhimento da gestante</b>
AÇÃO	Reunião com os responsáveis da assistência do setor de origem
COMO	Promover oficinas, encontros e treinamentos.
MOTIVO	Sensibilizar toda a equipe.
RESPONSÁVEL	Gerência e Coordenação da unidade.
PERIODO	Junho/2014

QUADRO 2

Plano de ação Meta II - Estabilizar a gestante

<b>META II</b>	<b>Estabilizar a gestante</b>
AÇÃO	Treinar médicos e enfermeiros para detecção precoce de sinais e sintomas de pré-eclampsia, eclampsia e Síndrome HELLP.
COMO	Promover capacitação e estudo de casos envolvendo todos os profissionais
RESPONSÁVEL	UGAR
PERIODO	Junho/2014

## QUADRO 3

## Plano de ação Meta III - Avaliar estado fetal

<b>META III</b>	<b>Avaliar estado fetal</b>
AÇÃO	Monitorizarão das condições de saúde do feto
COMO	Ausulta de batimento cardíaco com sonar, cardiotocografia, Ultra Som, Mobilograma, Dinâmica uterina.
RESPONSÁVEL	Médicos, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar.
PERIODO	Junho/2014

## QUADRO 4

## Plano de ação Meta IV - Determinar momento e via do parto

<b>META IV</b>	<b>Determinar o momento e a via de parto</b>
AÇÃO	Após avaliação clínica da gestante
COMO	Avaliação sistemática e continua da condição clínica da mãe e do feto, através da monitorização de pressão arterial, frequência cardíaca, controle hídrico. Frequência respiratória e vitalidade fetal
RESPONSÁVEL	Médico e enfermeiro assistências e intensivistas.
PERIODO	Junho/2014

## QUADRO 5

## Plano de ação Meta V - Cuidados no pós-parto

META V	Cuidados no pós-parto
AÇÃO	Formulação de um checklist de cuidados pós-parto para pacientes com alterações hipertensiva
COMO	Posicionar no leito, monitorizar, verificar o acesso venoso periférico (AVP) prévios para infusões (medicações), sinais de intercorrências, como: sangramentos, drenos, sonda vesical de demora (SVD), prostações. Se estiver com o recém-nascido: posicioná-lo e auxiliá-lo na amamentação.
RESPONSÁVEL	Enfermeiro: Intensivista, Obstetra e Generalista; Técnico em Enfermagem.
PERIODO	Junho/2014

## 7 CRONOGRAMA FÍSICO- FINANCEIRO

QUADRO 6

Cronograma físico-financeiro

AÇÃO		MESES/2014			
		ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
1	Buscar material e trabalhos já realizados sobre o assunto dentro do hospital. Buscar parceria com a equipe e ensino e pesquisa e coordenadores para a implantação de um fluxo	x			
2	Mobilizar a equipe do alto risco sobre a importância de fluxo		x		
3	Promover grupo de estudo de casos e palestras sobre doenças hipertensivas		x	x	
4	Adequar a unidade para atendimento rápido das pacientes com suspeita de Síndrome HELLP			x	
5	Instalar o fluxo de atendimento, desde o acolhimento, parto e pós-parto para pacientes com alterações hipertensivas.			x	x

## 8 RESULTADO E ANÁLISE

A atenção à saúde da mulher, envolve a integralidade como a realização de práticas que garantam o acesso das mesmas a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta afetuosa de suas demandas.

Ao atuar com gestantes, o profissional da saúde deve levar em consideração vários fatores como a história pessoal, seu passado ginecológico e obstétrico, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas.

Se os profissionais e serviços adotarem essa atitude de igualdade, confiança e respeito em relação as suas aprendizagens e experiências adquiridas a relação será de desenvolvimento emocional e de crescimento recíproco.

Ouvir a gestante com responsabilidade, criar protocolos e fluxos com a inserção de mecanismos que potencializam a ação de cuidar e prevenir permite que os profissionais sejam sujeitos principais do cuidado em cada setor ou local que atenda.

É fundamental no plano de ação para a implantação de um fluxo, o desenvolvimento de um estudo aprofundado do tema com o envolvimento de toda a equipe. Entendo que, para programar um novo processo e/ou instrumento no serviço, a equipe deve conhecer os diversos cuidados de enfermagem.

Esse projeto permite identificar o que melhor representa as crenças e valores do grupo, além da sua possível aplicação a uma determinada clientela no contexto institucional.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que a equipe multiprofissional compreenda as percepções da gestação de risco para as gestantes, podendo assim auxiliá-las na superação de obstáculos impostos pelo risco dessa gestação, através de uma assistência de qualidade. É importante que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e uma equipe bem treinada pode dar assistência e orientação, desde o acolhimento até o puerpério.

A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva e corretiva. Conforme o MS, um dos principais instrumentos para uma assistência digna e de qualidade inicia-se no acolhimento (BRASIL, 2010). Sendo este um aspecto essencial da política de humanização que implica o profissional de enfermagem ter uma postura ética. Fazendo com que esta etapa do processo seja visto como uma ação que necessita ocorrer em todos os momentos da atenção.

O cuidado intensivo prestado pela equipe através da monitorização contínua, dos sinais e sintomas associados à Síndrome HELLP bem como dos seus agravos, irá repercutir de forma positiva no prognóstico materno e fetal.

Cabe ainda, aos profissionais se atualizarem sobre o assunto e estarem preparados para auxiliar em todas as etapas do manejo da Síndrome HELLP e dessa forma ser um elemento diferenciador no desafio da redução da mortalidade materna e fetal.

Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental dentro da equipe multiprofissional, no manejo da Síndrome HELLP, auxiliando na identificação precoce, realizando cuidados contínuos a essa gestante e antecipando agravamentos.

Durante o atendimento, a equipe de enfermagem deve garantir estratégias de enfrentamento e adaptação a esse momento da maternidade, oferecendo suporte profissional, onde as informações importantes precisam ser repassadas em um tempo curto (BRASIL, 2010).

O plano de ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. É o momento importante e ser observado desde o pré-natal, no trabalho de parto, parto e no pós-parto possibilitando a identificação e relacionando situações que possam levar ao desenvolvimento de complicações.

Assim, é importante que a equipe de saúde tenha informação, conhecimento e sensibilidade para identificar e perceber os fatores de risco que as síndromes hipertensivas possam acarretar para a gestante. Discutir o caso entre os integrantes da equipe, pode contribuir tanto para diminuir o estresse da mesma, como para aprofundar o entendimento de quais serão as melhores condutas a serem tomadas.

Por fim, este projeto contempla o intuito de aprimorar as estratégias e ações do serviço de cuidado as gestantes com risco, bem como as gestantes em potencial de risco. Certo de que a implementação deste estudo, proporcionará melhor qualidade e segurança no atendimento as gestantes assistidas no local do estudo.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, supl. 1, p. S55-S62, maio 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 61-64, jan./fev. 2005.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Hospital Sofia Feldman**: história. Belo horizonte: HSF, 2013. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/historia>>. Acesso em: 02 jan. 2014

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**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 49-55, 2003.



Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista5\\_1/pdf/gesta.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_1/pdf/gesta.pdf)>. Acesso em 15 abr. 2014.

OLIVEIRA, R. S. et al. Síndrome Hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, v. 11, n. 28, p. 346-354, oct. 2012.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto risco**: entre a luz e a escuridão. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 627-634, out. 2005.