

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LETÍCIA TELES DE ABREU MASNEI

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A PACIENTES
COM PRÉ-ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا EM UM SERVIÇO DE PRONTO**

ATENDIMENTO: proposta de intervenção

CURITIBA (PR)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LETÍCIA TELES DE ABREU MASNEI

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A PACIENTES
COM PRÉ-ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا EM UM SERVIÇO DE PRONTO**

ATENDIMENTO: proposta de intervenção

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

Profa. Orientadora: Lucilla Vieira Carneiro

CURITIBA (PR)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A PACIENTES COM PRÉ-ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO: proposta de intervenção** de autoria do aluno **LETÍCIA TELES DE ABREU MASNEI** 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.

Profa. Msc. Lucilla Vieira Carneiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

CURITIBA (PR)

2014

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Msc. Lucilla Vieira Carneiro, pelo apoio, conhecimento e paciência.

À minha tutora, Profa. Joice Cristina Guessser, pelo apoio, conhecimento e incentivo.

Aos meus familiares, pelo incentivo aos estudos, apoio, carinho e compreensão nas horas ausentes.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	3
3 OBJETIVOS	4
3.1 OBJETIVO GERAL	4
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
4.1 PRÉ-ECLÂMPSIA	6
4.2 ECLÂMPSIA	7
4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTO-ATENDIMENTO A GESTANTES	10
5 MÉTODO.....	11
6 RESULTADOS E ANÁLISE	13
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Diferenciação entre a Pré-Eclâmpsia Leve e a Grave (Eclâmpsia)	8
Tabela 2 Cronograma de Aplicação da Proposta de Intervenção	13

RESUMO

A hipertensão gestacional está entre as doenças com maior índice de morte entre as gestantes. Apesar de a gestação representar uma parte normal da vida, para algumas gestantes ela é caracterizada por problemas significativos tais como a pré-eclâmpsia que se destaca pela presença de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gestação e a eclâmpsia que se diferencia pela presença de crises convulsivas. O objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de intervenção para a implantação de cuidados de enfermagem prestados as pacientes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia em um serviço de pronto atendimento em Curitiba. A construção desta proposta foi efetivada tendo como referência concreta estudos realizados através da produção científica já existente sobre o tema. O desenvolvimento deste trabalho justificou-se pela importância no atendimento a estas pacientes, enfatizando a agilidade no diagnóstico precoce para que em conjunto com cuidados de enfermagem obtenha-se um melhor prognóstico. Através desta proposta de intervenção objetivamos minimizar os riscos maternos e fetais, proporcionando assim uma melhor qualidade na assistência prestada as pacientes com pré eclâmpsia e eclâmpsia.

Palavras-chaves: hipertensão gestacional, cuidado, enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um período significativo de alterações psicológicas e fisiológicas que o corpo humano pode sofrer. A gravidez é descrita como um evento biológico normal para a maioria das mulheres, porém, pode apresentar-se como uma situação de alto risco para as gestantes que apresentam condições ameaçadoras a sua saúde e a do feto, ou até mesmo alterações que podem interferir no seu desenvolvimento normal.

Algumas das mais extensas e significativas adaptações da fisiologia materna durante a gravidez ocorrem no sistema cardiovascular. Os ajustes do sistema circulatório são tão importantes para a mãe quanto para o feto. Protegem as funções normais da mãe, adaptando o corpo dela às exigências da gravidez e realizando uma função básica no atendimento às suas necessidades metabólicas. Proporcionam crescimento e desenvolvimento adequados ao feto garantindo o aporte de nutrientes e a remoção de escórias de forma eficaz. A causa da alteração da circulação na gravidez é obscura e pode ser multifatorial. Atualmente, parece razoável supor que as modificações drásticas na produção hormonal no início da gestação desempenham uma parte importante na gênese das adaptações circulatórias (PORTO, 2005).

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis. (BRASIL, 2010).

No Brasil, a hipertensão gestacional é a doença que causa o maior índice de morte entre as gestantes, sendo as síndromes hipertensivas e a hemorragia as complicações que mais levam a morte materna em países em desenvolvimento (SOARES *et al.*, 2009).

Rezende e Montenegro (2008) descrevem a toxemia gravídica como uma doença multissistêmica caracterizada por manifestações clínicas associadas a peculiaridades: hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas mais graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões e a doença é denominada de eclâmpsia, ausentes as crises convulsivas trata-se de pré-eclâmpsia.

Segundo Ricci (2008) a hipertensão gestacional caracteriza-se por hipertensão arterial sem proteinúria após 20 semanas de gestação e retorno da pressão arterial normal no período puerperal. Rezende e Montenegro (2008) afirmam que a hipertensão é definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e pressão diastólica ≥ 90 mmHg.

Portanto o desenvolvimento deste trabalho justifica-se pela importância no atendimento as pacientes que apresentam pré-eclâmpsia e eclâmpsia, enfatizando a agilidade no diagnóstico precoce para que em conjunto com cuidados de enfermagem obtenha-se um melhor prognóstico.

2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento em Curitiba e percebo a deficiência no atendimento as gestantes de alto risco, em específico as que apresentam pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Na unidade de pronto-atendimento onde trabalho, a paciente primeiramente passa pela recepção e aguarda ser chamada para avaliação. Esta avaliação é realizada por enfermeiros e é aplicado o Protocolo de Manchester que ao término da aplicação do protocolo a paciente recebe uma pulseira que ira classificar quanto à prioridade do seu atendimento. A classificação é realizada a partir das queixas, sinais e sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia, entre outros.

Muitas pacientes permanecem internadas até que estabilize o quadro clínico para posteriormente serem transferidas para sua maternidade de referência, e é neste período de permanência em nossa unidade que percebo a deficiência nos cuidados de enfermagem a estas gestantes.

Compreendendo a importância dos cuidados a estas gestantes, tornou-se imprescindível a realização deste estudo, onde propôs-se apresentar os cuidados de enfermagem característicos para estas patologias visando uma melhor qualidade no atendimento as gestantes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma proposta de intervenção para a implementação de cuidados de enfermagem prestados as pacientes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia em um serviço de pronto atendimento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar os sinais e sintomas que as gestantes apresentam;
- ❖ Determinar a correlação entre os sinais e sintomas com a pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- ❖ Delimitar as principais medidas nos cuidados a estas pacientes, proporcionando atualização e qualificação na área de atuação dos profissionais de enfermagem que atuam no referido serviço de saúde;
- ❖ Discutir sobre a forma de atuação da equipe de enfermagem, tendo em vista, alternativas que melhorem a qualidade desse trabalho.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a maioria das mulheres, a gestação representa uma parte normal da vida e não uma doença. Há, entretanto, mulheres que vivenciam problemas significativos durante a gestação, que podem afetar seus resultados. Algumas dessas condições desenvolvem-se em virtude do estado gestacional, ao passo que outras constituem problemas comuns a qualquer pessoa, independente da ocasião, porém ocorrem com esta mulher durante a gestação.

A gestação é um processo fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, levando ao óbito materno (WOSNY *et al.*, 2013).

Morte materna é aquela causada por complicações durante ou até 42 dias após o fim da gravidez. De 1990 a 2010, a mortalidade materna no Brasil caiu pela metade, de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A redução teve como causa a melhoria no atendimento às gestantes, que implicou em diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (42,7%). A meta do Milênio das Nações Unidas estabelece taxa de 35 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos até 2015. Para alcançá-la, o Brasil precisa reduzir a taxa atual pela metade. Para os especialistas, a diminuição foi significativa, mas ainda é insuficiente para tirar o Brasil do *ranking* das nações com alto número de mortes durante a gravidez e o parto, que é de cinco a dez vezes mais que o dos países ricos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Conforme Ricci (2008) a hipertensão gestacional ainda é um enigma. O distúrbio pode ser devastador tanto para a mãe quanto para o feto, por outro lado, a etiologia permanece um mistério para a ciência médica, apesar de décadas de pesquisa. Existem muitas teorias diferentes com relação ao processo, mas nenhuma explicou verdadeiramente as amplas alterações patológicas que resultam em edema pulmonar, oligúria, convulsões, trombocitopenia e enzimas hepáticas anormais.

Azevedo (2007) descreve como causa para o desenvolvimento da hipertensão os fatores geográficos, étnicos, nutricionais, imunológicos, familiares, vasculopatia preexistente, idade materna, autólise de infartos placentários, auto-intoxicação, uremia, sensibilidade materna a

proteínas totais, pielonefrite e diabetes. Com relação aos fatores de risco destaca a primeira gestação, fetos múltiplos e histórico de vasculopatia.

4.1 PRÉ-ECLÂMPسيا

Rezende e Montenegro (2008) referem que a pré-eclâmpسيا é uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com pressão arterial normal previamente. Com relação a proteinúria, o nível de 300mg/24 horas correlaciona-se geralmente com 1+ em amostra de urina. A pressão arterial é definida por sistólica ≥ 140 mmHg e pressão diastólica ≥ 90 mmHg (PAOLA *et al.*, 2012).

Em relação ao diagnóstico da pré-eclâmpسيا Bankowski *et al.* (2006) inclui os sintomas, achados no exame físico e exames laboratoriais.

A doença hipertensiva específica da gestação classifica-se em pré-eclâmpسيا leve e grave, de acordo com o comprometimento de órgãos como rins, fígado, cérebro e aparelho cardiovascular. Dentre a pré-eclâmpسيا leve destacam-se os principais sinais e sintomas (CURITIBA, 2005):

- ❖ Assintomática (mais raramente);
- ❖ Pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg e $< 160/110$ mmHg em gestantes com níveis tensóricos anteriores desconhecidos, verificada em pelo menos dois momentos;
- ❖ Aumento de 30mmHg na pressão arterial sistólica e 15 mmHg na pressão arterial diastólica, também verificada em dois momentos;
- ❖ Aparecimento súbito de edema e visível generalizado, acometendo face e mãos e não exclusivamente membros inferiores;
- ❖ Aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso maior que 500gramas/semana;
- ❖ Proteinúria ≤ 2 gramas em 24 horas ou 0,1g/l em amostra simples de urina.
 - Na pré-eclâmpسيا grave os principais sinais e sintomas são (CURITIBA, 2005):
- ❖ Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg em pelo menos duas aferições;
- ❖ Proteinúria ≥ 2 g/dia ou $\geq ++$ em testes clínicos semiquantitativos;
- ❖ Oligúria – diurese < 400 ml/dia;

- ❖ Ácido úrico > 6,0mg/dl;
- ❖ Desidrogenase láctica aumentada (LDH > 600 UI/L);
- ❖ Creatinina sérica crescente e > 1,2mg/dl;
- ❖ Sinais de iminência de eclâmpsia: epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, cefaléia, agitação psicomotora, escotomas e alterações visuais, confusão mental.

Em relação ao tratamento da pré eclâmpsia leve/grave Rezende e Montenegro (2008) descrevem que é a terapêutica conservadora até o conceito atingir 37 semanas. Impõe-se no tratamento conservador, a avaliação clínico-laboratorial da paciente e da vitalidade fetal. Qualquer forma clínica de toxemia, com o feto a termo, obriga a interrupção da gravidez. O processo toxêmico só se cura com o parto. Mesmo normalizada a pressão arterial, o edema e a proteinúria desaparecidos, o feto está em perigo, vez que a depuração placentária é 50% inferior à normal.

4.2 ECLÂMPSIA

A eclâmpsia é a ocorrência de convulsões ou coma, em uma paciente com pré-eclâmpsia, que não pode ser atribuída a outras causas. Aproximadamente a metade dos casos de eclâmpsia ocorre antes do início do trabalho de parto, com a outra metade dividida, igualmente, entre os períodos intraparto e pós-parto (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Conforme Branden (2000) as convulsões são precedidas pelos sinais de pré-eclâmpsia grave e por uma ou ambas as condições descritas a seguir:

- ❖ Convulsões tônicas e clônicas;
- ❖ Crise hipertensiva, na qual a pressão arterial elevada aumenta as chances de a paciente desenvolver um acidente vascular cerebral ou choque.

As convulsões tônico-clônicas são seguidas de hipotensão e colapso e, em alguns casos, de nistagmo, tremores musculares e coma. Oligúria ou anúria também pode ocorrer. A desorientação e a amnésia retardam a recuperação imediata (BRADEN, 2000).

Cerca de 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave evoluem para eclâmpsia tornando uma emergência médica que exige hospitalização e cuidados intensivos para redução da morbimortalidade materno-infantil (CURITIBA, 2005).

No tratamento da eclâmpsia Rezende e Montenegro (2008) afirmam a indicação a interrupção da gravidez, não importando esteja o conceito imaturo (<32 semanas). Antes de interromper a gestação é importante estabilizar o quadro clínico durante 4-6 horas, com sulfato de magnésio ou durante 48 horas se a gravidez estiver entre 24-34 semanas, tempo necessário para amadurecer o pulmão fetal com os corticóides.

O sulfato de magnésio é o agente de escolha para a prevenção e o tratamento das convulsões da eclâmpsia. Grandes estudos clínicos randomizados demonstram a superioridade do sulfato de magnésio sobre a fenitoína e o diazepam e a eficácia do mesmo na redução do risco de crise convulsiva e possivelmente do risco de morte materna (HAUSER *et al.*, 2013).

Segundo Rezende e Montenegro (2008) devemos nos atentar para o volume da diurese que deve permanecer > 100ml/4 horas e a respiração \geq 16 movimentos por minuto. O tratamento da hipertensão aguda está indicado quando a pressão arterial \geq 160/110 mmHg para evitar a hemorragia cerebral. A droga de eleição é a hidralazina, porém outras drogas podem ser utilizadas como o labetalol e a nifedipina. O objetivo é manter a pressão diastólica < 100mmHg.

TABELA 1: Diferenciação entre a Pré-Eclâmpsia Leve e a Grave (Eclâmpsia):

	PRÉ-ECLÂMPسيا LEVE	PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE
EFEITOS MATE RNOS		
Pressão sanguínea	Elevação na pressão sanguínea sistólica 30mmHg; elevação na pressão sanguínea diastólica 15mmHg ou leitura de 140/90mmHg x 2,6 horas de intervalo > 105mmHg ou > 20mmHg acima da linha basal	Elevação para 160/110mmHg em duas ocasiões diferentes com intervalo de seis horas com a gestante em repouso ao leito
Pressão arterial média	> 105 mmHg ou >20 mmHg acima da linha basal	>105 mmHg ou >20 mmHg acima da linha basal
Ganho de peso	Ganho de peso acima de 0,5Kg por semana no segundo e no terceiro trimestres ou ganho repentino de peso de 2Kg/semana em qualquer época	Mesmo da pré-eclâmpsia leve
Reflexos	Podem ser normais	Hiper-reflexia 3+, possível clono no tornozelo
Problemas visuais	Ausentes	Enevoada, fotofobia, manchas cegas na fundoscopia

Continuação:

	PRÉ-ECLÂMPسيا LEVE	PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE
EFEITOS MATEرNOS		
Proteinúria Fita reagente qualitativa Análise quantitativa de 24 horas	Proteinúria de 0,3g/l em amostra de 24 horas ou > 0,1g/l em uma amostra aleatória diurna de duas ou mais situações com intervalo de 6 horas (porque a perda de proteína é variável); com a fita reagente, os valores variam de 2+ a 3+	Proteinúria de >5g/l em 24 horas ou > 4+ proteína na fita reagente
Edema	Edema dependente, algum inchaço nos olhos, na face, nos dedos das mãos, edema pulmonar ausente	
Eliminação urinária	Eliminação de acordo com a ingesta, 30ml/hora ou < 650ml/24 h	< 20ml/h ou 500ml/ 24h
Cefaléia	Ausente/ transitória	Intensa
Irritabilidade/ modificações no afeto	Transitórias	Intensas
Dor epigástrica	Ausente	Presente
Creatinina sérica	Normal	Elevada
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Elevação do aspartato aminotransferase	Mínima	Notável
Hematócrito	Normal	Aumentado
EFEITOS FETAIS		
Perfusão placentária	Reduzida	Perfusão diminuída, expressa como retardo do crescimento intra-uterino do feto, frequência cardíaca fetal: desacelerações tardias
Envelhecimento prematuro da placenta	Não é aparente	No nascimento, a placenta te a aparência menor do que a normal para a duração da gestação, envelhecimento prematuro aparente, com numerosas áreas de sincícios rompidos com necrose isquêmicas (infartos brancos), com deposição de fibrina nas intervilosidades (infartos vermelhos).

Fonte: LOWDERMILK *et al.*, 2002, pg 650.

4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTO-ATENDIMENTO A GESTANTES

A enfermagem tem por essência o cuidado que, segundo Leininger, citada por George *et al.* (1993), se relaciona ao ato de ajudar, apoiar ou capacitar, no sentido de manter o bem estar, melhorar uma condição ou vida humana ou enfrentar a morte ou as deficiências. Este cuidado destina-se ao ser humano, que é um ser social, mental, espiritual e físico, tem necessidades básicas e utiliza o autocuidado para manter a vida e a saúde.

A hipertensão arterial na gestante, quando detectada, exige dos profissionais da área de saúde uma melhor preparação e ações preventivas, levando para o campo prático e teórico uma assistência para o binômio materno-fetal voltado para a importância da prevenção (BRASIL, 2010).

O componente histórico de enfermagem do processo de enfermagem serve como base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e problemas interdependentes. Logo depois de completar a história e a avaliação de saúde, a enfermeira organiza, analisa, sintetiza e sumariza os dados coletados e determina as necessidades do pacientes relativas aos cuidados de enfermagem (SMELTZER *etal.*, 2011).

A prevenção das complicações induzidas pela hipertensão na gravidez exige da equipe de enfermagem o uso de habilidades de avaliação, defesa da cliente e orientação. A avaliação começa com a determinação precisa da pressão arterial da cliente. Além disso, a equipe de enfermagem precisa avaliar as queixas subjetivas que possam indicar evolução da doença, alterações visuais, cefaléia intensa, sangramento incomum ou hematomas, ou dor epigástrica (RICCI, 2008).

Na unidade onde trabalho, quando chega uma gestante, ela passa pela recepção e é encaminhada para avaliação. Esta avaliação é realizada por enfermeiras que aplicam o protocolo de Manchester e de acordo com a classificação a gestante aguarda consulta ou é encaminhada para o setor de emergência. Imediatamente, esta paciente é atendida pelo médico e enfermeira do setor, e é neste período que a gestante permanece internada que percebo a dificuldade e insegurança da equipe de enfermagem na assistência prestada a estas pacientes. Nossa unidade, como todas as outras unidades de pronto-atendimento de Curitiba realiza este primeiro atendimento até que a mesma seja transferida para sua maternidade de referência.

5 MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma proposta de intervenção a ser realizada em uma unidade de pronto-atendimento em Curitiba. O referido município dispõe de 8 unidades de pronto atendimento que são desmembradas nos bairros.

Na realidade atual, essas unidades deveriam realizar apenas atendimentos de urgência e emergência, mas não é isso que acontece, tendo em vista que cada unidade atende em média 400 pacientes diariamente. Com isso, atendemos também as gestantes que se seguissem o fluxo orientado no pré-natal nas unidades básicas de saúde, deveriam procurar diretamente sua maternidade de referência.

A unidade de pronto-atendimento possui uma recepção com dois auxiliares de enfermagem, onde o paciente é inserido no sistema e aguarda a avaliação realizada por enfermeiros que aplicam o protocolo de Manchester, após, o paciente de acordo com sua classificação aguarda na recepção ou imediatamente é encaminhado para o setor de emergência. Na sala de avaliação permanecem dois enfermeiros.

O setor de emergência possui duas salas, a sala vermelha com 3 leitos onde permanecem os pacientes mais críticos (ex.: pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral, infarto, entre outros) e a sala amarela com 4 leito que acomoda os pacientes menos críticos (pacientes com dores abdominais, infecções intestinais, pós acidente vascular cerebral, entre outros). O setor de emergência é composto por 1 enfermeiro e 4 auxiliares de enfermagem.

A unidade também possui internamento adulto com 11 leitos, sendo 1 quarto de isolamento e o internamento pediátrico com 6 leitos com 1 de isolamento. Neste caso temos 1 enfermeiro para os dois internamentos, 4 auxiliares no internamento adulto e 1 no internamento pediátrico.

Desse modo, apresenta-se a construção de uma proposta de intervenção para profissionais de enfermagem que atuam no referido serviço de saúde, na perspectiva de qualificarmos para prestar uma melhor assistência a pacientes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia que buscam este serviço.

O plano de ação será desenvolvido no período de agosto a setembro de 2014. Assim, a construção desta proposta foi efetivada tendo como referência concreta estudos realizados através

da produção científica já existente sobre o tema, ou seja, artigos, trabalhos de pesquisa e periódicos relacionados à temática.

Portanto, devido à realidade quanto ao atendimento em que a unidade acaba admitindo diversas patologias, percebeu-se a necessidade de um plano de cuidados a gestantes que apresentam pré-eclâmpsia e eclampsia.

Destaca-se, que por não se tratar de pesquisa, este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Este projeto seguirá o cronograma abaixo, onde estão relacionadas todas as atividades envolvidas no seu desenvolvimento.

TABELA 2: Cronograma de Aplicação da Proposta de Intervenção

Período	Introdução das patologias e proposta de intervenção	Discussão dos resultados obtidos
04 a 08/08	Equipe 1	-
11 a 15/08	Equipe 2	-
18 a 22/08	Equipe 3	-
25 a 29/08	-	Equipe 1
01 a 05/09	-	Equipe 2
08 a 12/09	-	Equipe 3

O cronograma seguirá uma programação ampla. As equipes foram divididas em três partes e todas com a mesma composição, auxiliares de enfermagem e enfermeiros. A equipe 1 é composta pela equipe de enfermagem que trabalha no turno da manhã, a equipe 2 compreende a equipe do período da tarde e na equipe 3 temos a equipe do noturno.

Nas três primeiras semanas irei realizar com cada equipe, um grupo onde irei apresentar as patologias abordadas, destacando suas etiologias, manifestações clínicas, diagnósticos, tratamentos entre outros e, apresentando a proposta de intervenção.

Nas três últimas semanas irei reunir novamente cada equipe em grupo para discutirmos os resultados obtidos após a aplicação da proposta de intervenção e suas dificuldades.

O acompanhamento do processo de trabalho no ambiente laboral e a satisfação dos usuários para com os serviços dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento em Curitiba, também permitirão observar os impactos dessa formação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem à gestante tem grande responsabilidade quanto ao prévio reconhecimento e tratamento da eclampsia e pré-eclâmpsia, como também instruções às pacientes em relação aos sinais e sintomas presentes. Além disso, o apoio psicológico a estas pacientes na gravidez é muito importante, principalmente porque é neste grupo onde ocorre a maior morbimortalidade materna e infantil.

Portanto, através desta proposta de intervenção objetivamos minimizar os riscos maternos e fetais, proporcionando assim uma melhor qualidade na assistência prestada as pacientes com pré eclâmpsia e eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, M. F. **Doenças da Sintomatologia ao Plano de Alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BANKOWSKI, B. J.; HEARNE, A. E.; LAMBROU, N. C.; FOX, H. E.; WALLACH, E. E. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5 ed. Brasília, 2010.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém Nascido**. Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 2005.
- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- HAUSER, L.; JAMESON, F.; LOSCALZO, K. **Medicina Interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- OLIVEIRA, T.; PINHEIRO, D. **Mortalidade Materna**: Ministério prevê que 2011 terá redução recorde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ms-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna.html>>. Acesso em: 16 fev. 2014.
- PORTO, C. C. **Doenças do Coração. Prevenção e Tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, vol 1.
- SOARES, V. M. N., SOUZA, K. V., FREYGANG, T. C., CORREA, V., SAITO, M. R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/ eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras.**

Ginecol. Obstet. 2009; Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources>. Acesso em: 21 fev 2014.

WOSNY, A. M.; ALMEIDA, A. B.; ROCHA, P. K.; GREGÓRIO, V. R. P. **Linhas de Cuidado de Enfermagem: Urgência e Emergência.** Módulo IX: Cuidados nas Urgências/Emergências Cirúrgicas, Gineco-Obstétricas, Psiquiátricas, Pediátricas e demais agravos. Florianópolis, 2013.