



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DO SEMIÁRIDO
PARAIBANO**

**CAJAZEIRAS – PB
2013**

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DO SEMIÁRIDO
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem, em cumprimento às exigências
legais para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Campina Grande.

Orientadora: Prof.^a Mércia de França Nóbrega

CAJAZEIRAS – PB
2013



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

O482a Oliveira, Priscilla Santos de
Assistência de enfermagem a gestantes
portadoras de síndrome hipertensivas na maternidade
do semiárido paraibano. / Priscilla Santos de Oliveira.
Cajazeiras, 2013.

50f. : il.

Orientador: Mércia de França Nóbrega.
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Gestantes- assistência de enfermagem.
2. Hipertensão. I.Nóbrega, Mércia de França.
- II. Título. 3. Síndrome hipertensiva gestacional

UFCG/CFP/BS

CDU – 618.2-082

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DO SEMIÁRIDO
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Priscilla Santos de Oliveira do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Eps. Mércia de França Nóbrega
Curso de Bacharelado em Enfermagem – CFP/UAENF/UFCG
Orientadora

Profª. Esp. Ms. Roberta Henrique Freire
Membro Efetivo – CFP/UAENF/UFCG

Profª. Esp. Maria Berenice Gomes
Membro Efetivo – CFP/UAENF/UFCG

Primeiramente, à **Deus** por está ao meu lado todo tempo, me dando suporte e força para enfrentar todas as situações encontradas em minha vida, me guiando e mostrando sempre o melhor caminho a ser seguido.

Aos meus queridos pais, **Sebastião Cícero dos Santos e Vera Lúcia Oliveira Machado**, por compartilharem esse sonho alcançado, me apoiando, me dando todo o suporte necessário, não medindo esforços para que esta etapa da minha vida fosse realizada. Obrigado por me proporcionarem momentos ímpares de felicidade na minha vida. Sem vocês nada disto seria possível. Essa vitória é nossa!

DEDICO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, especialmente, por ter permitido que eu trilhasse esse caminho, se fazendo sempre presente no decorrer de toda minha trajetória, me guiando, livrando-me do mal e mostrando que tenho capacidade.

Aos meus pais, **Sebastião Cícero dos Santos e Vera Lúcia Oliveira Machado**, por acreditarem e me apoiarem nas minhas decisões e nos meus sonhos, por me darem força e acreditarem no quanto sou capaz e por serem meu exemplo de vida. A vocês o meu muitíssimo obrigado pela contribuição em minha formação. Essa conquista só foi possível graças a vocês.

As minhas irmãs, **Renata Santos de Oliveira e Patricia Santos de Oliveira**, por viverem juntos comigo todos os momentos bons e ruins da minha vida, e me proporcionarem dias alegres de brincadeiras e diversão. Essa conquista também é de vocês.

A minha avó materna, **Amélia Emília da Silva** (*in memoriam*), por ser meu exemplo de mulher guerreira e batalhadora, por ter estado ao meu lado, sempre na torcida pelo meu sucesso. Obrigada vó, por todas as vezes que a senhora me ouviu, por todos os ensinamentos que a senhora me deu e pelo amor que a senhora tinha por mim.

As minhas tias **Sandra Oliveira Machado, Shirley Oliveira Machado e Selda Oliveira Machado, Mércia Maria Medeiros e Fabíola Oliveira Machado** por também fazerem parte dessa conquista, dando-me todo o apoio sempre que necessário, em todos os momentos dessa jornada, e por quererem me ver sempre bem.

As minhas melhores amigas de curso e da minha vida inteira **Vídia Cristalina Macêdo Santos, Cibelle Santana Vieira e Isabelle Ferreira Alencar**, pela convivência e aprendizado no decorrer desses 4 anos e meio, por todas as noites acordadas estudando para provas, seminários, por aguentar todos os meus momentos de estresse, momentos em que eu cheguei ao meu limite, por limpar minhas lágrimas, por compartilhar os melhores 4 anos e meio da minha vida, enfim por serem minhas irmãs de coração pelas quais quero levar por toda a minha vida. Obrigada por entrarem e marcarem a minha história.

À professora e orientadora, **Mércia de França Nóbrega**, pelos conhecimentos repassados durante as disciplinas ministradas por ela, e por desde o primeiro momento ter me aceitado como sua orientanda, sem ter apresentado nenhuma dificuldade diante disso e ter

contribuído positivamente na minha escolha, de trabalhar com esse tema tão complexo e importante, pelo tempo que a mim foi dedicado, pela ajuda e estimulação para concretização desse trabalho.

As participantes da Banca Examinadora, as professora que se disponibilizaram, contribuindo com opiniões de grande relevância para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os docentes, que me repassaram todo conhecimento adquirido durante minha formação na graduação, e me ajudaram a construir a visão que tenho hoje em relação à enfermagem, visando sempre prestar o melhor cuidado possível de forma humanizada.

E por fim aos meus verdadeiros amigos que construí em Cajazeiras, os que realmente querem que eu cresça e torcem por mim, que fazem parte da trajetória da minha vida. Obrigado por compartilharem comigo momento de alegria, risadas e descontrações.

*Hoje, neste tempo que é seu, o futuro está sendo plantado.
As escolhas que você procura, os amigos que você cultiva,
as leituras que você faz, os valores que você abraça, os
amores que você ama, tudo será determinante para a
colheita futura.*

Padre Fábio de Melo

RESUMO

OLIVEIRA, Priscilla Santos. **Assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na Maternidade do Semiárido Paraibano.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma doença cujos níveis tensionais se elevam durante a gestação podendo chegar se não diagnosticada e não tratada precocemente ao óbito. Esta pesquisa irá enumerar os sintomas mais frequentes, o conhecimento a respeito da SHEG e a assistência prestada a essas gestantes. O presente estudo tem como objetivo observar a assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo da cidade de Cajazeiras - PB, as intercorrências existentes e observar os planos de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros a essas gestantes. Trata-se de um estudo de campo descritivo com abordagem quantitativa, a amostra será composta por 10 enfermeiras que trabalham na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo no município de Cajazeiras - PB, o instrumento para coleta de dados utilizado foi um questionário. Desse modo busquei avaliar a assistência a essas gestantes portadoras da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) no município de Cajazeiras - PB. Ao concluir minha coleta e fazer análise e resultados da pesquisa, foi observado que as enfermeiras possuem conhecimento técnico científico a respeito da SHEG, porém a sua assistência é muito restrita aos sinais e sintomas. O processo de humanização, de ver o paciente como um todo, de uma forma holística não é muito praticado na Maternidade.

Palavras-Chaves: Assistência de Enfermagem. Gestantes. Hipertensão

ABSTRACT

OLIVEIRA, Priscilla Santos. **Assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na Maternidade do Semiárido Paraibano.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

The Specific Hypertensive Syndrome of Pregnancy (SHSP) is a disease whose tensional levels rise during pregnancy reaching if not diagnosed and not treated early to death. This research is directed to the attention on SHSP and its most common symptoms and the care provided to these pregnant. The present study aims to observe the nursing care of pregnant carrier of hypertensive disorders in the Maternity Dr. Deodato Cartaxo in city Cajazeiras-PB, the existing complications and observe the care plans developed by nurses to these pregnant. It is a descriptive field study with a quantitative approach, the sample is composed of 10 nurses working in the maternity Dr. Deodato Cartaxo in the city Cajazeiras-PB. It is important to mention that the instrument for data collection to be used was a questionnaire. Thus we seek to evaluate the care of pregnant with these SHSP in the municipality of Cajazeiras-PB. Upon completion of my collection and doing analysis and research results, it was observed that nurses possess technical and scientific knowledge about the HDP, but their assistance is very limited to signs and symptoms. The humanization process, seeing the patient as a whole, in a holistic way is not very practiced in Motherhood.

Key Words: Hypertension. Nursing Care. Pregnant women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	14
2.2 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: UMA ABORDAGEM TEÓRICA	15
2.3 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA NA MATERNIDADE	19
2.3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA COM AS GESTANTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 LOCAL DE ESTUDO	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
3.5 COLETA DE DADOS	25
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	26
3.7 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
ANEXOS	49

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRA - PARAÍBA

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e a alterações hormonais (MALTA, 2009).

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) surge após a 20ª semana de gestação e sua classificação inclui: pré-eclâmpsia leve/grave, eclâmpsia e síndrome HELLP. A SHEG se caracteriza por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. A SHEG é uma doença cujos índices de morbimortalidade têm crescido significativamente e com isso, tem se tornado uma das preocupações dos profissionais de saúde, tendo em vista que esta doença tem sido caracterizada por hipertensão arterial, proteinúria e/ou edema. O Brasil apresenta elevadas taxas de incidência e prevalência desta doença, exigindo dos profissionais de saúde uma maior atenção, uma melhor sistematização da assistência no enfrentamento da evolução dessa SHEG (ASSIS, 2008).

A hipertensão é uma doença que vem mexendo bastante com a saúde de milhões de pessoas em todo o mundo e, conforme dados do Ministério da Saúde (MS) (2006, p.160), quando associada na gravidez torna-se uma complicação comum com um nível potencial de perigo tanto para a gestante como para o feto. “(...)” Sendo assim, procedimentos como a verificação do peso e pressão arterial a cada consulta torna-se uma conduta indispensável a qual servirá para a avaliação sistemática da gestante, devendo o registro ser feito no cartão pré-natal para acompanhamento da gestação e no ato do parto.

Quando se é comprovada a gravidez o organismo da mulher atravessa por diversas

modificações como também na sua vida, sendo estes muitas vezes inesperadas trazendo consigo situações diversas, repercutindo no seu bem-estar físico e mental atingindo ainda o seu conceito, causando-lhe medo, angústia, frustrações, chegando a por em risco sua gestação.

Qualquer situação dependerá do nível de apoio e suporte das pessoas que para ela são significativas como, a atuação correta e atuante da equipe de saúde que participara de todo percurso do seu ciclo gravídico- puerperal. .

As síndromes hipertensivas durante a gestação constituem a primeira causa direta de mortalidade materna no Brasil e a segunda causa nos Estados Unidos, associando-se a aproximadamente 15% das mortes. A doença hipertensiva acomete 6 a 8% das gestações, ocasionando assim o aumento da ocorrência de partos pré-termo, de fetos natimortos, de mortalidade e morbidade neonatal. Gestantes com hipertensão arterial têm maiores chances de desenvolver complicações graves, entre elas descolamento prematuro da placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda (BEZERRA, 2005).

A hipertensão na gravidez é considerada quando os níveis tensionais devem ser iguais ou superiores a 140x90 mmHg. É a complicação mais comum da gravidez, algumas vezes chegando a 30% e variando de acordo com a população estudada, nível de desenvolvimento sociocultural econômico, características geográficas, raça, paridade e o conceito de hipertensão, já as causas de muitos episódios de hipertensão na gravidez permanecem obscuras, especialmente quanto à pré-eclâmpsia (BRASIL, 2012).

As síndromes hipertensivas, de acordo com Abreu et al (2005) afetam o desenvolvimento da gestação, elevando os índices de mortalidade materno-fetal em função do inadequado desenvolvimento intrauterino do conceito. A elevação da pressão arterial em gestante é sinal de alerta para possíveis complicações dos mesmos, podendo colocar em risco a vida de ambos.

Os cuidados sobre essas predisposições devem ser uma das premissas da equipe de enfermagem, pois se adotando as precauções corretas e de forma eficiente, poderá evitar que esta doença venha a se tornar algo mais grave, tanto para a gestante como para o feto.

As Síndromes Hipertensivas Específicas da gestação poderão ser classificadas em pré eclâmpsia leve e pré eclâmpsia grave, a eclâmpsia propriamente dita e síndrome hellp. Vários

fatores auxiliam para o desenvolvimento da SHEG, sendo a incidência maior quando presente em situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica (MONTENEGRO, 2008).

A enfermagem possui um papel integrante no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e qualificada quanto ao parto, favorecendo e estimulando a participação efetiva dos principais integrantes desse fenômeno – a gestante, seu acompanhante e seu filho, sempre respeitando os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais ajudando a diminuir a ansiedade e insegurança, o medo do parto, da solidão, do ambiente hospitalar e das possíveis intercorrências decorrentes da gravidez que podem afetar a mãe e o seu concepto, como é o caso das síndromes hipertensivas, pilar deste estudo.

Neste contexto, devido ao alto índice de morbimortalidade materno-fetal causada por essas síndromes hipertensivas, devido a fatores fisiológicos, como também gerenciamento a assistência prestada a estas mulheres, surgem alguns questionamentos acerca do processo de assistência de enfermagem junto às gestantes a respeito da SHEG, quais sejam: Como está sendo realizada a assistência por parte dos enfermeiros a essas gestantes na maternidade? Existe conhecimento técnico-científico por parte desses profissionais? Os profissionais estão capacitados para identificar precocemente uma síndrome hipertensiva de maneira precisa?

Diante do exposto, o presente trabalho trouxe como justificativa uma preocupação acerca de como os profissionais de saúde, mais precisamente os enfermeiros, tem se comportado diante desse processo evolutivo da SHEG e, principalmente, a curiosidade de conhecer como ocorre a assistência de enfermagem junto as gestantes que estão acometidas por esta doença. A enfermagem deve está sempre buscando ampliar os seus conhecimentos teórico-práticos para poder exercer uma prática interventora, assistencial e preventiva de qualidade para os seus pacientes.

O enfermeiro, por está mais próximo das gestantes, o que ocorre durante o período do pré-natal, deve também ter uma preocupação com todo o processo de gestação, deste o primeiro momento até o momento do puerpério imediato.

Desta forma, com base nesses cuidados preventivos que devem ser adotados, tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais de saúde, mais especificamente, os enfermeiros, que o presente estudo trouxe como objetivo geral investigar a assistência de enfermagem a

gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo da cidade de Cajazeiras PB, tendo como especificidade avaliar até onde vai o conhecimento a respeito da SHEG, observando assim os planos de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros a essas gestantes.

Essa pesquisa foi de grande relevância para os acadêmicos de enfermagem, pois nos permitiu a autoavaliação de como os enfermeiros atuam para controlar as reações adversas das síndromes hipertensivas e como os mesmos evitam as possíveis complicações para a mãe e para o RN. Contribuiu também para o conhecimento dos enfermeiros no setor de urgência e emergência da Maternidade e para o fornecimento de uma assistência de enfermagem holística e universal para essas gestantes tão necessitadas de cuidados e atenção na área de saúde, o presente estudo também serviu como base para estudantes da área de saúde na realização de pesquisas e estratégias educativas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser observada pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, a gestação de alto risco trata-se de uma situação limite que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde deverá orientar e fornecer a essas gestações de alto risco uma avaliação clínica bem realizada e completa, podendo assim fazer um levantamento a respeito da história clínica detalhada e avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais. É de suma importância a equipe ter um conhecimento da fisiologia da gravidez para poder observar os principais agravos e como revertê-los. Solicitar a avaliação de um obstetra para avaliar a idade gestacional, ganho ponderal, crescimento uterino, pressão arterial da gestante e principalmente a via de parto. Logo se sabe que gestação de alto risco não é sinônima de cesariana, podendo em muitos casos ser por via vaginal (BRASIL, 2012).

Uma equipe multidisciplinar é essencial para dar suporte emocional a essas gestantes e familiares. Mantendo sempre o diálogo, realizando orientações, esclarecendo dúvidas e tentando ao máximo deixá-la confiante em relação a sua gestação.

Há inúmeros fatores que levam uma gestação se tornar de alto risco, entre eles os extremos de idade <15 >35, IMC <19 >30, hábitos de tabagismo e etilismo, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas e ilícitas, baixa escolaridade e situação econômica, complicações em gestações passadas, aumento da pressão arterial e da glicemia, cardiopatias, nefropatias, entre outras. E uma vez identificado essas condições de risco, estas podem ser tratadas, enquanto outras podem ser minimizadas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações, iniciando o tratamento imediato (OLIVEIRA, 2008).

Segundo estatísticas do Ministério da Saúde, as complicações hipertensivas na

gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações (BRASIL, 2006).

2.2 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: UMA ABORDAGEM TEÓRICA

Buscar o modelo de assistência desenvolvida pelos enfermeiros junto às gestantes acometidas pelas síndromes hipertensivas, nos leva a princípio a fazermos uma abordagem sobre a definição do que vêm a ser essa doença, suas características, fatores de risco, causas, consequências, intervenções dentre outros aspectos que se fazem imprescindível para seu real conhecimento.

A hipertensão arterial que se inicia e termina na gravidez é um grande enigma da obstetria. Não se conhece a sua etiologia, apesar de muitos estudos estarem na busca de desvendá-la. Alguns fatores de risco parecem definidos, como é o caso da primiparidade, enquanto outros permanecem aguardando definição. A idade materna é um deles, havendo controvérsia se a gravidez nos extremos do período fértil eleva os riscos das síndromes hipertensivas (COSTA, H.; COSTA, C.; COSTA, L., 2007).

As síndromes hipertensivas são as complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico puerperal. O diagnóstico da SHEG se faz por volta da 20ª (vigésima) semana de gestação. Esta doença caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da SHEG (OLIVEIRA, 2006).

Por chegar a esses quadros, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) tem ocorrido um número significativo de ocorrências que tem levado a morbimortalidade, materna e perinatal.

No Brasil é observada pelos órgãos de saúde uma elevada taxa de incidência e prevalência desta doença que tem avançado de forma preocupante, já que esta doença tem ocupado o topo dentre as afecções que são próprias do período gravídico-puerperal, e também, ser a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP, interferindo, de forma significativa, nas gestações de mulheres primíparas e múltipara (GONÇALVES, 2005).

A hipertensão arterial acomete cerca de 5 a 10 % das gestantes, sendo responsável

pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e peri-natal. É a principal causa de mortalidade materna, chegando a 35% dos óbitos decorrentes de eclampsia, hemorragia cerebral, edema agudo dos pulmões, insuficiência renal e coagulopatias (FUSTINONI, 2006).

As síndromes hipertensivas na gestação merecem especial destaque atualmente, pois ela é a causa de morte materna mais frequente. Em países desenvolvidos, aproximadamente de duas a oito em cada 100 gestantes vão desenvolver o evento, enquanto no Brasil pode-se chegar a 10% dos casos. Assim, devido à gravidade da doença, é considerada como importante causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave (AMORIM, 2008).

É essencial o diagnóstico clínico e a proteinúria 24hrs. Porém se na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaléia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. As síndromes hipertensivas na gestação podem vir na forma de pré-eclâmpsia que vem acompanhada de hipertensão, proteinúria e/ou edema e pode ser apresentada nas formas leve e grave. A pré-eclâmpsia isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, da Síndrome Hipertensiva na Gestação. Pode vir na forma de eclâmpsia que vai vir juntamente com o surgimento de convulsões e na forma de síndrome hellp (BRASIL, 2012).

A hipertensão gestacional além de causar morte materna pode causar diversas complicações perinatais como prematuridade, restrição do crescimento fetal e morte perinatal. Além disso, pode cursar com encefalopatia hipóxico- isquêmica no conceito levando a subsequentes manifestações neurológicas (DIAS, 2005).

Pré - eclâmpsia surge logo após a vigésima semana de gravidez e está relacionada com o surgimento de hipertensão arterial com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Antes desse período, pode surgir acompanhando a doença trofoblástica gestacional. Acredita-se que o edema é um achado tão comum em gestantes que sua presença ou ausência não deve impedir o diagnóstico de pré-eclâmpsia (FUSTINONI, 2006).

De acordo com BRASIL (2012) podemos classificar a pré-eclâmpsia em dois grupos de acordo com sua manifestação clínica, pré-eclâmpsia leve e pré-eclâmpsia grave. Na pré eclâmpsia leve podemos ter o surgimento da hipertensão arterial com proteinúria e/ou presença de edema, já na pré eclâmpsia grave os principais sinais e sintomas vão ser: pressão

arterial diastólica igual/maior que 110mmHg, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária, 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 ($<100.000/mm^3$), aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas.

A pré-eclâmpsia leve irá apresentar pressão consideravelmente elevada, podendo ou não vir acompanhada por edema localizado/generalizado e proteinúria, já a pré-eclâmpsia grave vem acompanhada de anasarca, pressão arterial em 160x110mmHg, proteinúria de 300mg em 24hrs, cefaleia, visão turva náuseas, entre outros e na eclâmpsia vai ocorrer a presença de coma ou convulsões associados a todos esses sinais e sintomas. Por fim, temos a Síndrome de Hellp que vem a ser uma complicação obstétrica grave, pouco conhecida e de difícil diagnóstico. É chamada de síndrome porque envolve um conjunto de sinais e sintomas, entre eles: hemólise (fragmentação das células do sangue), elevação das enzimas hepáticas e baixas contagem de plaquetas (BRASIL, 2000).

Eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer durante a gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério. A iminência de eclâmpsia é caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrico e hipocôndrio direito (ZIEGEL e CRANLEY, 2005).

A síndrome HELLP é a mais grave. Ela é caracterizada como uma complicação gestacional atípica e grave da pré-eclâmpsia que acomete as grávidas a partir da 20ª semana e até mesmo as puérperas. Há de salientar que o termo HELLP foi caracterizado por apresentar anemia hemolítica, alteração hepática e trombocitopenia (GANEM; CASTIGLIA, 2002; ANGONESI; POLATO, 2007; NUNES, 2005; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Os critérios de classificação para síndrome HELLP foram criados ao longo do tempo, com o objetivo de identificar a gravidade da doença de forma precisa e precoce. De acordo com Montenegro et al (2008), afirma que pode ser classificada em dois tipos: Completa, quando apresenta todos os critérios diagnósticos laboratoriais como: plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, aumento das enzimas hepáticas e esfregaço anormal do sangue periférico e a forma incompleta ou parcial, quando apresenta um ou mais dos critérios diagnósticos laboratoriais.

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 e outras complicações para o feto, entre elas, ocasionar o crescimento uterino restrito e SARA (Síndrome da angústia respiratória) (PERACOLI, 2005).

Essas complicações citadas nos refere um diagnóstico tardio, revelando que um diagnóstico precoce e início de tratamento adequado são fundamentais para melhorar o prognóstico e o resultado materno.

Dependendo do tratamento imediato das síndromes hipertensivas o prognóstico pode ser bom. Se o paciente não melhorar com o repouso no leito e o tratamento, o parto é eficaz e os sinais de toxemia desaparecem em 10 a 14 dias, mas pode persistir em algumas pacientes, acreditando-se que a maioria delas possuirá hipertensão crônica subjacente (ZIEGEL & CRANLEY, 2005).

De acordo com Cintra et al (2010), as síndromes hipertensivas, são doenças obstétricas que surgem geralmente após a vigésima semana de gestação, sendo mais frequente no último trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo evoluir para formas mais graves com convulsões e coma.

Os principais fatores de risco relacionados a mãe e a gestação, para o surgimento das síndromes hipertensivas são: Extremos de idade materna, hipertensão crônica ou doença renal, doença reumatológica, baixo peso ao nascer da mãe, obesidade e resistência à insulina, diabetes mellitus pregestacional, infecções maternas, trombofilias preexistentes,, suscetibilidade de genes maternos, história familiar de pré-eclâmpsia, tabagismo, degeneração hidrópica da placenta (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando o diagnóstico e o encaminhamento daquelas que necessitam de atenção terciária. O prognóstico da gestação depende da precocidade em que é realizado o diagnóstico. Para isso, deve-se pesquisar de maneira sistemática em mulheres com pré-eclâmpsia, eclâmpsia e/ou com dor no quadrante superior direito do abdome (ANGONESI; POLATO, 2007).

2.3 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA NA MATERNIDADE

A gravidez é um evento biologicamente natural, contudo tem um valor especial na vida da mulher, desenvolve em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência, o ciclo grávido-puerperal relaciona fatores como história da gestante, e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Neste contexto, a enfermagem proporciona acompanhamento desde o planejamento familiar até o pós-parto. Diversos instrumentos podem ser utilizados para um acompanhamento sistematizado e, dentre estes, o processo de enfermagem oportuniza o desenvolvimento de intervenções mediante os diagnósticos estabelecidos pela profissão. A consulta de enfermagem é uma atividade independente, que propicia condições para a melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional demonstra interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. O atendimento multiprofissional também é importante na assistência à gestante com SHEG, evitando assim possíveis complicações (BRASIL, 2012).

O atendimento obstétrico tem como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a gestante, oferecendo seus direitos. O enfermeiro deve considerar a gestante como um todo e não como objeto passivo da atenção, sendo a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2005).

As gestantes com pré-eclâmpsia leve, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo, além de uma monitorização da pressão arterial frequente, pesagem diária, proteinúria de 24hrs, monitorização dos movimentos fetais, prova da função renal e hepática, entre outros. Já na pré eclâmpsia grave se faz todas essas intervenções e administração de sulfato de magnésio, corticoide, anti-hipertensivo e caso a gestação ultrapasse 34 semanas e apresente já complicações renais e hepáticas, escolhem o parto pela via mais adequada de acordo com as particularidades da gestante. (BRASIL, 2012).

Diante o atendimento a essas gestantes portadoras de SHEG serem realizados mais

precisamente nas maternidades, o acompanhamento durante o pré-natal é de suma importância. Durante o acolhimento na maternidade, o enfermeiro plantonista deve avaliar qualquer intercorrência que ocorreram durante o pré-natal.

É indispensável um bom diálogo, os sinais e sintomas exibidos devem ser cuidadosamente anotados, a paciente deve ser informada sobre suas modificações fisiológicas e emocionais. Nesse período, devem ser informadas quanto à apresentação de sinais importantes como: Náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas. A atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período (BRASIL, 2005).

Na eclâmpsia se faz necessário o uso de um anticonvulsivante e o de escolha é o sulfato de magnésio que pode ser usado durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Além de manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível, decúbito elevado a 30° e face lateralizada, cateter nasal com oxigênio (5l/min), punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo para a monitorização do débito urinário, concentração e coloração da urina (BRASIL, 2012).

É importante que o profissional, favoreça um ambiente acolhedor, criando condições para escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer. Forneça para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto; contrações, dilatação, perda do tampão mucoso e o rompimento da bolsa, devendo se evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras, observando o impacto em cada mulher. Prepara a mulher para o parto normal, orientar quanto à importância de um bom pré-natal, e orientando sobre as possíveis complicações que venham a ocorrer durante a gravidez (BRASIL, 2005).

A interferência clínica mais abortada, nas complicações no parto normal (PN) são: doença hipertensiva induzida pela gravidez, ela ocorre em média de 5 a 10% nas gestações, divide-se em três grupos clínicos (hipertensão sem proteinúria e/ou edema, pré-eclâmpsia, eclâmpsia), suas causas são desconhecidas. Hiperemese, que é a presença de vômitos contínuos intensos. Síndromes hemorrágicas como: abortamentos, deslocamento cório-amniótico, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna, placenta previa, deslocamento prematuro da placenta, abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, deslocamento cório-amniótico, placenta previa, e aborto espontâneo, anemia e a desnutrição

(BRUNNER, 2009).

2.3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA COM AS GESTANTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

A enfermagem é uma profissão que progrediu através dos séculos, mantendo uma relação com a história da civilização da sociedade. Neste contexto, tem um papel predominante por ser uma profissão que busca promover o bem estar dos seres humanos, considerando sua liberdade, qualidade única e nobreza, trabalhando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no decorrer das doenças e danos, nas incapacidades e no processo de falecer (BEDIN et al., 2005).

O objetivo principal da SAE é o cuidado individualizado, onde a enfermagem atende as suas necessidades básicas, individuais, particulares de cada paciente. Para a implantação e operacionalização do cuidar o enfermeiro usa o método da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Esta sistematização possibilita que os enfermeiros identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes internados nas unidades específicas e, assim com consequentes diagnósticos classificados e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas, que podem caracterizar essas unidades, a equipe de enfermagem consegue prestar uma assistência planejada fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado preciso e individualizado (REPPETTO e SOUZA, 2005, p.326).

Dentro da SAE, temos que destacar a humanização como um princípio que orienta a assistência pela articulação e integração da equipe, pela atuação interdisciplinar junto aos clientes, cabendo ao enfermeiro entender e atender as múltiplas facetas envolvidas na dinâmica de vida dos clientes, reconhecendo seus direitos e aspectos humanos - um ser que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. Nas ações de cuidado deve considerar-se, a complexidade do ser humano, pois o termo Humanização é concebido como atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas (DOMINGOS, 2007).

A utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito torna-se o motivo do processo de enfermagem ser sistemático. Assim, a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma prática exclusiva do enfermeiro, que por meios de estratégia de trabalho científico realiza as identificações de saúde/doença, processando e analisando a

prescrição em saúde do indivíduo, família e comunidade. Requer do enfermeiro um interesse em adquirir certo conhecimento do paciente como indivíduo, sendo um processo dinâmico, aberto e contínuo proporcionando melhores condições para vivenciar de modo mais favorável o processo saúde-doença.

Na década de 80, o processo de enfermagem passou a ser motivo de maior preocupação para as enfermeiras devido a provação da lei nº 7.498/86 do exercício profissional e posteriormente pela resolução 272/202 que foi revogada pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem em seus artigos 1º, 2º e 3º que determinam privativamente à enfermeira a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. De acordo com o que constam os autos do Processo nº 134/2009 no art. 1º a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde pública ou privada.

Os profissionais de saúde que entram em contato e participam do processo de gestação da mulher, deve ter sempre em mente que a gravidez constitui-se num evento natural e fisiológico e esperado do ciclo reprodutivo humano, em que se deve esperar uma série de alterações tanto fisiológicas quanto psicológicas que necessitam de adaptabilidade, não só para a mulher para o casal.

Estes profissionais que atuam de maneira direta com a mulher grávida devem realizar a assistência de enfermagem através do plano de cuidados com a utilização do Processo de Enfermagem, englobando as cinco etapas: Coletas dos dados, Diagnóstico de enfermagem, Resultados esperados, Prescrição de enfermagem e Avaliação junto a esta parturiente. Os profissionais devem estar constantemente avaliando a interação, o conhecimento cultural das mulheres, suas necessidades, expectativas e anseios, proporcionado desta maneira uma participação conjunta destes com as famílias grávidas, para que desta maneira possam ser planejada e implementada ações de saúde mais eficazes e com maior aplicabilidade e resolutividade, proporcionando ao casal grávido gestar e ter o desejado filho dentro de um processo harmônico e de qualidade.

Durante a consulta de enfermagem, supõe a entrevista para coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. A partir dos diagnósticos efetivos, a enfermagem adotará condutas de encaminhamento profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação, como em casos

severos de anemias grave, E importante uma boa conduta nas avaliações pré-natais. A fim de avaliar as necessidades nutricionais de cada gestante, proporcionando uma boa gestação e nascimento de uma prole sem danos. Avaliar as necessidades nutricionais é importante acerca da percepção de possíveis diagnósticos para prevalência da anemia e casos de subnutrição entre as gestantes (BRASIL, 2012).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa que vai traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas. As pesquisas quantitativas utilizam técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras abrangentes para classificação e análise da pesquisa, avaliando assim o risco, a importância, gravidade e a proporção de agravos e ameaças através da quantificação (MARCONI; LAKATOS, 2010).

De acordo com Gil et al (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses, ou seja, tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Já a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Cajazeiras, mas precisamente, na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo. A referida maternidade polariza 39 municípios abrangendo boa parte do estado da Paraíba e estados circunvizinhos. O município de Cajazeiras encontra-se situada no oeste paraibano, distante 477 km da Capital João Pessoa, com uma área de aproximadamente 586 km² e uma população de 56.051 habitantes, sendo considerada a 6ª maior cidade do estado da Paraíba, reconhecida, principalmente pelo seu potencial e estrutura educacional (IBGE, 2010).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por quatorze enfermeiras que trabalham na referida maternidade. Para Gil et al (2008), a população envolve informações acerca do universo a ser estudado. Nesse sentido, a população definida para o estudo foi representada por enfermeiros que realizam a assistência às gestantes na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo na cidade de Cajazeiras – PB. Já a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população). O tamanho da amostra diz respeito à quantidade de pessoas que irá participar do estudo (GIL, 2008). A amostra do meu estudo foi de dez enfermeiros escolhidos aleatoriamente.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a escolha dos participantes do estudo: que fossem enfermeiro plantonista na referida maternidade e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. E como critérios de exclusão: enfermeiros que não são da escala na maternidade.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na concepção de Rúdio et al (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi um questionário estruturado, o qual será dividido em duas partes. A primeira parte contendo dados sociodemográficos, e a segunda parte dados direcionados a pesquisa propriamente dita.

3.5 COLETA DE DADOS

Segundo Andrade et al (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no mês de Setembro do ano de 2013. Para efetivar a coleta, foi solicitado primeiramente à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem da

UFCG, um ofício, que foi apresentado a Direção do HRC para a devida autorização por parte do gestor desta casa de saúde.

O estudo foi iniciado após encaminhamento deste projeto a Plataforma Brasil e a devida aprovação por parte deste Comitê de Ética em Pesquisa. Seguida a apresentação dos objetivos da pesquisa aos participantes lhes garantido sigilo e anonimato, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordando com a participação no estudo, emitiu o registro escrito.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O trabalho foi apresentado a Plataforma Brasil. Em seguida, contou com a autorização oficial da direção do Hospital, bem como dos enfermeiros assistenciais do serviço no qual será realizada a pesquisa.

Durante a realização desta pesquisa foram explicados aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, quais as vantagens na sua participação, a participação voluntária, o caráter confidencial das informações, como também o nome, endereço e número de telefone dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto, ou para comunicarem a desistência.

Caso aceitem participar da pesquisa, serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujos princípios estão baseados da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), essa resolução é o principal normativo que regula as pesquisas com seres humanos, tendo como objetivo proteger e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa.

Segundo a Resolução nº 466/2012, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais como: o termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos-alvo (BRASIL, 2013).

3.7 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio de estatísticas simples e os resultados apresentados em forma de tabelas e gráficos. Sua análise será concluída em forma de discussões dos achados de acordo com a literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil sócio-demográfico dos participantes

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Idade categorizada		
20 a 25 anos	01	10
26 a 30 anos	03	30
31 a 35 anos	04	40
36 a 40 anos	02	20
Estado Civil		
Solteiro	08	80
Casado	02	20
Gênero		
Feminino	10	100
Escolaridade		
Graduação	01	10
Especialização	09	90
Tempo de Formação		
1 a 5 anos	07	70
6 a 10 anos	02	20
11 a 15 anos	01	10
Tempo de atuação		
1 a 5 anos	07	70
6 a 10 anos	03	30
TOTAL	10	100

Fonte: Própria Pesquisa/ 2013

Inicialmente, realizou-se uma caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo. Dentre esses, a maior prevalência de 31 a 35 anos (40%) seguido de 30% na faixa etária de 26 a 30 anos. De acordo com Santos et al (2007) significa que esses profissionais ingressam no mercado de trabalho cedo e em pleno vigor de sua produtividade técnico-científica.

No estudo 80% refere ser solteira. Podemos então observar que os enfermeiros atualmente estão priorizando sua realização profissional, independência financeira, para posteriormente construir uma família. O estudo de Sanguiolliano LA et al (2004) relata como

fontes de estresse o fato de a mulher acarretar obrigações com a família e trabalho, gerando dupla jornada que pode levar ao desgaste da vida conjugal e social, gerando quadros de depressão, fadiga e insatisfação com o trabalho.

O estudo foi composto por 100% de enfermeiras. No estudo de Lopes et al (2005) essa feminização da enfermagem tem influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana (1862), uma profissão para as mulheres, para a qual elas são “naturalmente preparadas”, a partir de valores que se consideravam femininos. Está relacionada ao cuidar e associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher.

No estudo podemos observar o alto índice de procura por aperfeiçoamento no setor de urgência materna. 90% das enfermeiras já possuem uma pós-graduação, isso mostra que o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e que a capacitação dos profissionais é necessária. No estudo realizado por Santos et al (2007) a realização de curso de pós-graduação demonstra o compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que é favorável para o alcance de bons resultados na sua atuação e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de qualidade da saúde dos clientes. Entretanto, ao exercer o cargo de chefia, a preocupação dessas pessoas deveria ser a de especializar-se em administração a fim de exercer, satisfatoriamente, o cargo de chefia e de liderança da equipe de trabalho. Essa concepção data da década de 80, referindo-se ao líder de enfermagem como uma autoridade técnica e administrativa.

De acordo com o tempo de formação e atuação, eles se assemelham bastante. Houve uma maior prevalência (70%) de enfermeiros que se formaram jovens entre 1 a 5 anos já deram entrada no mercado de trabalho. No estudo apresentado por Alves et al (2004) Apesar de as atuais demandas do mercado de trabalho exigirem dos profissionais uma visão mais abrangente, e voltadas para os novos desafios de uma sociedade em permanente transformação, a prática tem mostrado que os profissionais vêm buscando cursos de especialização ou de atualização e aperfeiçoamento a fim de que possam respaldá-los com conhecimentos necessários face às exigências do mercado de trabalho.



Gráfico 01: Distribuição da amostra quanto aos sinais e sintomas da SHEG.

Antes mesmo de avaliarmos a assistência de enfermagem a essas gestantes, temos que saber até onde vai o conhecimento teórico desses profissionais a respeito da SHEG. Todas as enfermeiras do estudo mostraram conhecimento a respeito dos principais sinais e sintomas da SHEG. Segundo Spada et al (2009) a SHEG é a principal causa de óbito materno no Brasil e a segunda nos Estados Unidos. Acomete principalmente primíparas e é caracterizada pela tríade de hipertensão, edema e proteinúria.

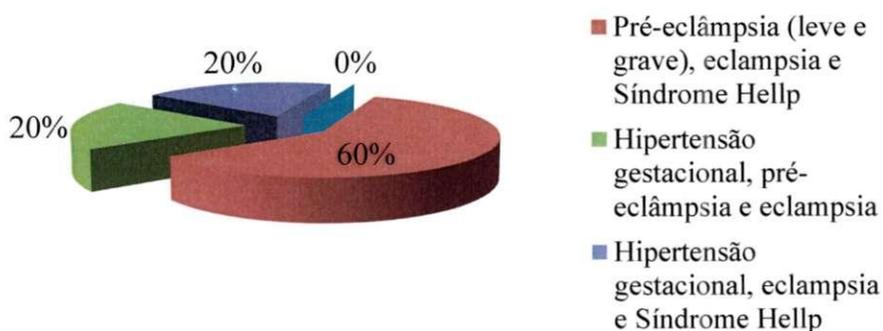


Gráfico 02: Distribuição da amostra quanto a classificação das SHEG.

No estudo podemos observar que a maioria das enfermeiras, cerca de 60% entendem a classificação da SHEG. De acordo com Vinnars et al (2008) e Poon et al (2009) atualmente as síndromes específicas exclusivas da gestação apresentam características fisiopatológicas que

têm implicações clínicas bastante pertinente para a saúde materna e do feto. São classificadas: pré-eclâmpsia leve/grave que vem acompanhada do aumento dos níveis pressóricos, edema e proteinúria, alterações hepáticas e renais, podendo vim apresentar náuseas, visão turva, entre outros, a eclâmpsia que remete todos esses sintomas e crises convulsivas e síndrome Hellp que é uma complicação clínica de origem desconhecida que é caracterizada pelo agravamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, com associação entre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática.

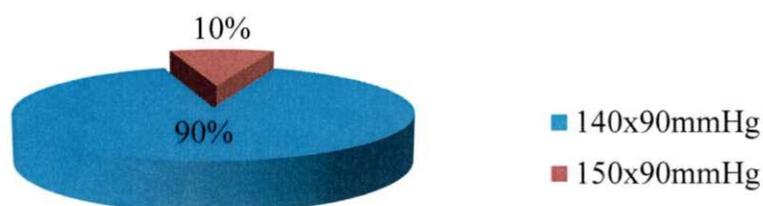


Gráfico 03: Distribuição da amostra quanto aos valores referenciais de níveis pressóricos em gestantes portadoras de SHEG.

No presente estudo as enfermeiras tem conhecimento dos valores referenciais dos níveis pressóricos em gestantes com SHEG. De acordo com o Ministério da Saúde et al (2012) a SHEG surge, em geral, após a 20ª semana, podendo está presente na gestação, durante o parto e no puerpério imediato. Pode ser precedida por edema visível ou oculto, revelado pelo aumento brusco do peso corporal e, ainda, por proteinúria e elevação da pressão arterial em igual ou maior que 140/90 mmHg ou o aumento de 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a diastólica e em um quadro de pré-eclâmpsia grave essa valor pode ser igual ou maior que 160x110mmHg.

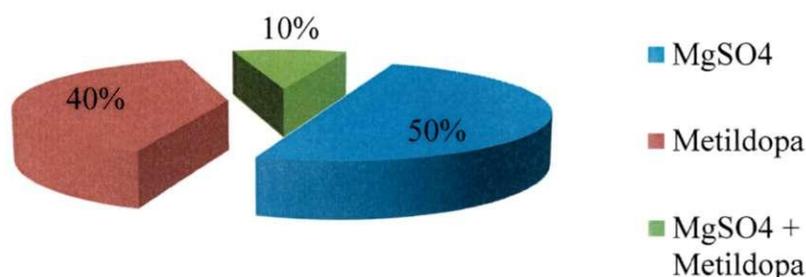


Gráfico 04: Distribuição da amostra quanto as medicações mais utilizadas para tentar reverter um quadro de SHEG.

No estudo podemos observar que 50% das enfermeiras optaram por o sulfato de magnésio (MgSO₄), uma enfermeira marcou metildopa + MgSO₄. De acordo com o Ministério da Saúde et al (2012) a terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O MgSO₄ é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações: gestantes com eclâmpsia, gestantes com pré eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas, gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação, gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada. O MgSO₄ pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

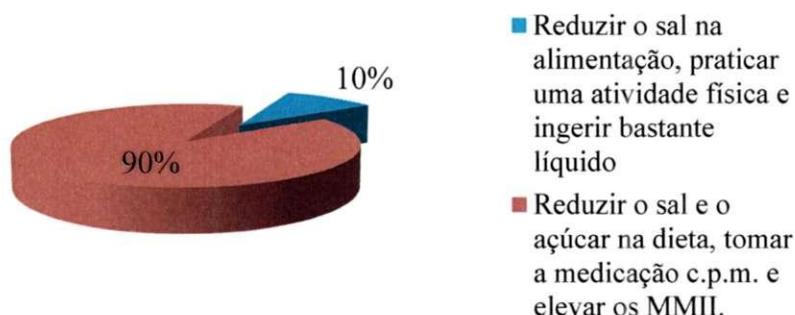


Gráfico 5 : Distribuição da amostra quanto às principais orientações dadas pelos enfermeiros a uma gestante com pré-eclampsia.

De acordo com o estudo de Aguiar et al (2010) observou-se que entre os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes com SHEG destacou-se a dor aguda (12%), volume de líquido excessivo (10%), risco de função hepática prejudicada (9%) e eliminação urinária prejudicada (6%). Sendo assim, torna-se imprescindível ao enfermeiro conhecer a fisiopatologia para ser capaz de desempenhar intervenções de enfermagem que propicie a recuperação e a manutenção de saúde.

Com isso, os resultados dessa pesquisa evidenciam que os enfermeiros desse serviço apresentam conhecimento a cerca das principais orientações e possíveis intervenções de enfermagem em gestantes com pré-eclampsia.

Segundo Sirio et al (2007) a etiologia da hipertensão arterial passa por fatores genéticos e ambientais, dentre estes a nutrição humana. Já é fato cientificamente comprovado que dietas ricas em sódio, aliadas ao baixo consumo de potássio, desencadeiam a hipertensão arterial em indivíduos geneticamente predispostos.

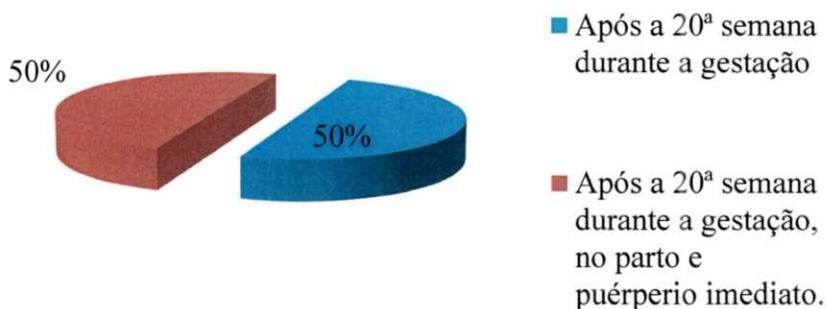


Gráfico 06: Distribuição da amostra quanto ao período em que a eclâmpsia pode vim a desenvolver durante a gestação.

No estudo mostra que 50% das enfermeiras responderam que a eclâmpsia se desenvolve logo após a 20ª semana e os outros 50% responderam que a mesma pode vim desenvolver após a 20ª semana de gestação, no parto e ainda no puerpério imediato. De acordo com Angonesi et al (2007) a eclâmpsia é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza por episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia e pode surgir após a 20ª semana de gestação, durante o parto e até 10 dias de puerpério imediato. A assistência de enfermagem quando a gestante estiver convulsionando é garantir uma via aérea desobstruída, virar a gestante de lado para prevenir a aspiração de vômito e síndrome da hipotensão supina e após o término da convulsão, o alimento e os líquidos devem ser aspirados da glote ou da traqueia, e o oxigênio administrado por máscara facial. MgSO₄ e/ou outros anticonvulsivantes são administrados conforme prescrição médica.

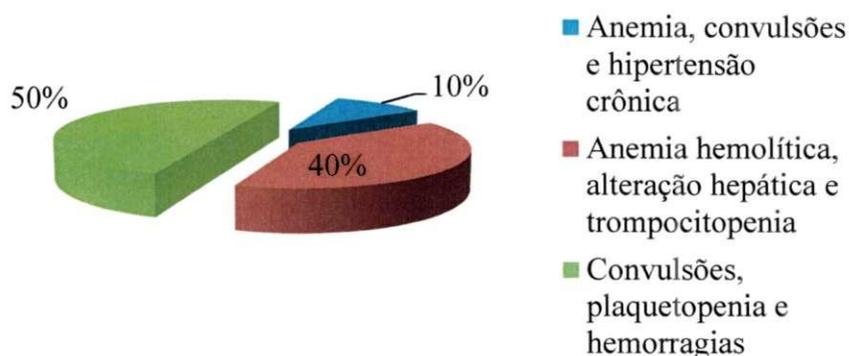


Gráfico 07: Distribuição da amostra quanto as características da Síndrome HELL.

A maioria das enfermeiras (50%) consideraram as principais características da Síndrome HELL as convulsões, plaquetopenia e hemorragias. Porém segundo Silva et al., (2008) a síndrome HELL é uma grave complicação da pré-eclâmpsia identificada em 1982 por Weinstein, caracterizada por hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia. De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, sua incidência está entre 0,2% a 12%, e é acompanhada por altas taxas de mortalidade materna e perinatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente as SHEG têm sido alvo de constantes pesquisas e discussões na área da saúde da mulher, por se tratar de uma doença do ciclo gravídico-puerperal, responsável pelo elevado obituário materno-fetal. Com o desconhecimento da sua verdadeira etiologia, vários estudiosos se dedicam a essa temática no sentido de conhecer os fatores que desencadeiam essa doença, contudo não há um consenso entre eles sobre a possibilidade de se prevenir essa doença. Alguns são categóricos em afirmar que a SHEG é possível de prevenção, já outros não concordam com essa afirmativa.

Neste contexto, a SHEG possui uma grande relevância ao interferir no processo da maternidade, rompendo a naturalidade da gestação, um fenômeno fisiológico, podendo comprometer a vida da mulher e do seu bebê. Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta doença. O objetivo desse estudo foi observar/discutir sobre a assistência de enfermagem prestada à mulher portadora de SHEG.

Estes relatos serviram de subsídios para se discutir a filosofia da enfermagem, o objeto de trabalho, sua atuação junto às mulheres com SHEG, enfim a assistência humanizada que tanto é propagada pela enfermagem, mas que por motivos diversos, ou até mesmo infundados, não tem sido colocada na prática em sua totalidade.

O estudo mostra que no geral elas apresentam conhecimento técnico científico a respeito da SHEG, conseguem identificar os sinais e sintomas, características, alterações nos níveis pressóricos, na medicação de escolha e as orientações necessárias. Porém continuamos vendo uma assistência voltada para a doença, e não de uma maneira holística, humanizada, mantendo o diálogo, proporcionando segurança, paciência a essa gestante que tanto precisa de orientações, de esclarecimentos de tudo que está acontecendo.

Podemos sugerir que aumente o número de palestras, banners com informações a respeito da SHEG, informando os principais sinais, sintomas, como identificar que a gestante pode estar entrando em processo de eclampsia, as principais medidas profiláticas e a importância das consultas de pré-natal.

REFERÊNCIAS

ABREU, D.C. **Cardiopatias e Gravidez**. In: REZENDE, Jorge. *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

AGUIAR, M.I.F. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, out./dez.2010.

ALVES, M.; PENNA C.M.M.; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras Enf**. 2004.

AMORIM, M.M.R.; KARTZ, L.; VALENÇA, M.; ARAÚJO, D.E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**. 2008.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para Síndrome de HELLP. **Rev Bras Anal Clin**. 2007.

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

BEDIM, et.al. Humanização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Rev Eletr. de Enf**. [s.l.]. V. 7, n. 01, p. 118-127. 2005.

BEZERRA, E.H.M.; ALENCAR, J.C.A.; FEITOSA, R.F.G.; CARVALHO, A.F.A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev Bras Ginecol Obstet**.2005; 27(9): 548-57.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Assistência Pré-Natal**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco. Manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 14 ed. Atheneu, São Paulo: 2010.

COSTA, H.L.F.F.; COSTA, C.F.F.; COSTA, L. O. B. F. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2007.

DIAS, B. R.; PIOVESANA, A. M. S. G.; MONTENEGRO, M. A.; GUERREIRO, M.M. Desenvolvimento Neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, Março, 2005.

DOMINGOS, E.L.L. **A Humanização e seus preceitos para o cuidado**. Relator. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa/UFF, Rio de Janeiro, 2007.

DOURADO, V. G.; PELOSSO, S. M. **Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação**. 20(1): 69-74. Maringá- PR. Acta Pau enfermagem, 2007.

FUSTINONI, S.M. Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: **Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal**/ Sonia Maria Oliveira de Barros, (org). Barueri, SP: Manole, 2006.

GANEME, M.; CASTIGLIA, Y. M. M. Anestesia na pré-eclâmpsia. **Rev. bras.Anestesiol.** v.52, n. 4, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONCALVES, R.; FERNANDES, R.A.Q.; SOBRAL, D.H. Prevalência da doença

hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, fev. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senso 2010. LOPES, M. J. et al. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.**, janeiro-junho de 2005.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; SOUZA, F.M.; ROCHA, F.M.; FERNANDES, F.M. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil.** 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7ª Edição. São Paulo: Atlas, p. 149, 2010.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, F. J. **Obstetrícia fundamental.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NUNES, B. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Pré-Eclâmpsia. Eclâmpsia. In: REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 22.

OLIVEIRA, C. A.; LINS, C. P., AS, R. A. M. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. bras. Saúde Mater. Infant.** V.6, 2006.

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.

PERACOLI, J.C.; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** V.27. n.10, 2005.

POON, C.Y. et al. **No primeiro trimestre de Previsão de doenças hipertensivas na gravidez.** Hipertensão, V. 53, 2009.

REPPETTO, M. A., SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da sistematização na assistência à enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.3, 2005.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 34. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

SANGUIOLLIANO, L.A. **Stress dos enfermeiros em um hospital privado e as conseqüências no seu estado de saúde**, [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.

SANTOS, I.; DOURADO, T. **Atividades de cuidados de enfermagem, direta e indireta para o cliente hospitalizado: um estudo descritivo**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

SILVA, M.L.C. **Interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2008.

SIRIO, M.A.O. et al. **Estudo dos determinantes clínicos e epidemiológicos das concentrações de sódio e potássio no colostro de nutrizes hipertensas e normotensas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 e.d. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SPADA, F.R.; SANTOS, E.M.; FRUTUOSO, A.A.F.; AGUNI, J.S.; FERREIRA, J.L.L. **Alteração retinianas na doença hipertensiva específica da gestação**. *ACM ArqCatarin Med*, 2009.

VINNARS, T.A. et al. **A pré-eclâmpsia grave com e sem HELLP diferem no que diz respeito à patologia placentária**. *Hipertensão*. vol. 51, 2008.

ZIEGEL, E.; GRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica**. 12. ed. Rio de Janeiro: interamericana; 2005.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

A. Caracterização do participante

I - Faixa etária:

20 a 25 anos

26 a 30 anos

31 a 35 anos

36 a 40 anos

> 40 anos

II - Estado civil: solteiro(a) casado (a) outro _____

III Sexo: Feminino Masculino

IV Nível de capacitação:

Pós Graduação

Mestrado

Doutorado

V – Tempo de Formação:

1 a 5 anos

6 a 10 anos

10 a 15 anos

> 15 anos

VI – Tempo de Atuação Profissional:

1 a 5 anos

6 a 10 anos

10 a 15 anos

> 15 anos

B. Conhecimento acerca da doença

B.1 Para você a Síndrome Hipertensiva Exclusiva da Gestação é caracterizada por:

- Sede excessiva, cansaço e edema
- Visão embaçada, dores lombares e proteinúria
- Edema, Proteinúria e aumento dos níveis pressóricos

B.2 As síndromes hipertensivas são classificadas em:

- Pré-eclâmpsia (leve e grave), eclampsia e Síndrome Hellp
- Hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclampsia.
- Hipertensão gestacional, eclampsia e Síndrome Hellp.

B.3 Quais os valores referencias dos níveis pressóricos em gestantes portadoras de Síndrome Hipertensiva Exclusiva na Gestação (SHEG):

- 120x80mmHg
- 130x80mmHg
- 140x90mmHg
- 150x90mmHg

B.4 Quais as medicações mais utilizadas para tentar se reverter um quadro de SHEG:

- MgSO₄
- Metildopa
- Glucanato de Cálcio

B.5 Assinale as principais orientações dadas pelo enfermeiro a uma gestante com pré-eclampsia:

- Ingerir muito líquido, reduzir o sal e manter os membros inferiores elevados.
- Reduzir o sal na alimentação, praticar uma atividade física leve e ingerir muito líquido.

- Reduzir sal e açúcar na dieta, tomar medicação c.p.m e elevar os membros inferiores.

B.6 Em que período durante a gestação a eclampsia pode vim desenvolver:

- Após a 20ª semana durante a gestação
- No parto
- Puérperio imediato
- Todas as alternativas acima

B.7 Características da Síndrome Hellp:

- Anemia, convulsões e hipertensão crônica.
- Anemia hemolítica, alteração hepática e trombocitopenia.
- Convulsões, plaquetopenia e hemorragias.

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Centro de Formação de Professores - CFP

Unidade Acadêmica de Enfermagem

ESTUDO: “Assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na maternidade do semiárido paraibano”.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. Que tem como objetivo geral observar a assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromas hipertensivas na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo da cidade de Cajazeiras PB, e como objetivos específicos acompanhar as intercorrências existentes e observar os planos de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros a essas gestantes. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na ..)
,
 portador da Cédula de identidade, RG, e inscrito no
 CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ /____, abaixo assinado(a),
 concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo:
 “Assistência de enfermagem a gestantes portadoras de síndromes hipertensivas na
 maternidade de Cajazeiras –PB ”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem
 como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) A coleta dos dados será realizada através de um questionário;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de submeter a um tratamento, bem como não acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- (VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

(VII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido na elaboração do estudo serão utilizadas codificações, para preservar o anonimato do participante segundo o Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Benefícios: essa pesquisa pode contribuir com profissionais e estudantes da área da saúde, no sentido de proporcionar uma reflexão acerca da importância de qualificar a assistência prestada a gestantes que são acometidas por essas síndromes hipertensivas no sentido de prestar um atendimento humanizado e holístico.

(VIII) No caso de alguma dúvida entrar em contato com a pesquisadora Prof. Mércia França Nóbrega, residente em Patos ou com a colaboradora Priscilla Santos de Oliveira, residente na Rua Padre José Thomás, apto 202, Centro, Cajazeiras – PB, telefone: (83) 9949-1756/96171168.

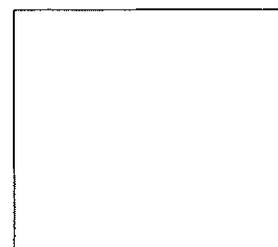
IX) Caso se sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos/FIP.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

.....

Assinatura do Participante Assinatura Dactiloscópica

Testemunha 1 : _____



Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto

Profª. Mércia de França Nóbrega

Telefone para contato: (83) 9617-1168

APÊNDICE B
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, Mércia de França Nóbrega, professora da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, responsabilizo-me pela orientação da aluna do curso de graduação em enfermagem, cujo projeto de pesquisa intitula-se “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DO SEMIÁRIDO PARAIBANO” e comprometo-me a assegurar os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, acompanhamento das atividades de pesquisa, entrega do relatório final ao Comitê de ética das Faculdades Integradas de Patos, e resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras- PB _____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE

Eu, Priscilla Santos de Oliveira, aluna do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, responsabilizo-me junto com a minha orientadora, a professora Mércia de França Nóbrega, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DO SEMIÁRIDO PARAIBANO” e comprometo-me a assegurar os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me também pelo cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora na atividade de pesquisa e pela entrega do relatório final ao Comitê de ética e pesquisa das Faculdades Integradas de Patos/FIP e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras- PB _____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXOS



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

ANUÊNCIA

Autorizo que as pesquisadoras Mércia de França Nóbrega e Priscilla Santos de Oliveira responsáveis pelo projeto de pesquisa "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES PORTADORAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA MATERNIDADE DE CAJAZEIRAS" a ser submetido ao CEP/UFCEG utilizem o espaço desta instituição, especificamente a "Maternidade Dr. Deodato Cartaxo" com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/UFCEG.

Cajazeiras, 11 de setembro de 2013


Ocilma Barros de Quental
Ocilma Barros de Quental
COORD. DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
RG: 2161840-01