



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS – ICNT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES “JANE VANINI”
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



ANDRÉIA LEITE DE FARIA

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO
(DHEG): AÇÕES PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM.**

CÁCERES/MT
DEZEMBRO, 2013



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS NATURAIS E TECNOLÓGICAS – ICNT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES “JANE VANINI”
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



ANDRÉIA LEITE DE FARIA

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO
(DHEG): AÇÕES PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM.**

Projeto de Monografia apresentado a Professora da disciplina de TCC I, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

Orientador (a): Prof^a:HUAMA MONTEIRO DE BRITO

CÁCERES/MT
DEZEMBRO, 2013

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVO	5
2.1 Geral.....	5
2.2 Específico.....	5
3. JUSTIFICATIVA.....	5
4. PROBLEMA.....	6
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
5.1 Doença Hipertensiva Específica da Gestação	7
5.2 Classificação	7
5.3 Definição.....	8
5.4 Etiologia.....	9
5.5 Fisiopatologia.....	9
5.6 Pré-Natal.....	10
5.7 Pré-Natal de Alto Risco.....	11
5.8 Pré-Natal de Alto Risco para Mulheres portadoras de DHEG.....	12
5.9 Ações Preventivas de Enfermagem.....	12
6. METODOLOGIA	16
6.1 Desenho do estudo	Erro! Indicador não definido.
6.2 Bases de dados eletrônicas.....	165
6.3 Estratégia de busca.....	15
7. RESULTADOS ESPERADOS	17
8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	16
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, sendo assim, na maioria dos casos sua evolução é sem intercorrências. No entanto, há um pequeno número de gestantes que desenvolve problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe.

Segundo ZIEGEL; CRANLEY (1985) durante o período de reprodução, a mulher grávida está sujeita a uma série de riscos e afecções inerentes à condição gravídica. Dentre essas afecções a hipertensão é uma das mais sérias e a mais comum das complicações na gravidez, ocorrendo em aproximadamente 7% de todas as gestações, contribuindo de maneira significativa para a morbimortalidade perinatal.

O cuidado pré-natal deverá se iniciar logo que haja o diagnóstico da gravidez, com o objetivo de avaliar o estado de saúde da mãe e do feto, estimar a idade gestacional, e iniciar um plano para proporcionar atenção obstétrica contínua.

Uma vez que identificado os fatores de riscos, algumas condições podem ser tratadas e eliminadas, e outras podem apenas ser controladas, diminuindo assim, seu impacto sobre a gravidez. Os profissionais de saúde devem atentar para os sinais precoces de complicações e preparar-se para iniciar de imediato um tratamento.

As síndromes hipertensivas, incluindo a pré-eclâmpsia, são as complicações mais frequentes na gestação e constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal (KAHHALE e ZUGAIB, 1993).

O modo como a gravidez incita ou agrava a hipertensão ainda não tem resposta apesar de décadas de intensa pesquisa. Na realidade, os distúrbios hipertensivos permanecem entre os problemas sem solução mais significativos e intrigantes em obstetrícia (CUNNINGHAM, 2012).

A Hipertensão Arterial - H.A - complica 10% de todas as gestações e junto com a hemorragia e a infecção formam uma tríade letal, que causa até 50.000 mortes maternas por ano no mundo (SÁNCHEZ et al., 2004).

A H.A é uma doença considerada hoje um problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social e o alto índice de mortalidade materna no mundo. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na

gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional) ainda permanece desconhecida. Acredita-se que possa haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais que determinam no aparecimento da doença.

A única cura conhecida para a Doença Hipertensiva Específica da Gestação – DHEG - ainda é o parto, porém, as suas complicações podem ser prevenidas se diagnosticadas precocemente. Vale ainda ressaltar a importância do rastreamento, monitoramento e acompanhamento médico, durante, após e quando possível até mesmo antes da gestação, para que assim, possa haver um melhor prognóstico materno e perinatal.

É importante enfatizar a necessidade de uma grande vigilância a fim de controlar a doença e de muita atenção dos profissionais de saúde aos sintomas apresentados pela mulher grávida durante a fase de sua gestação, sendo esta a melhor forma de ser diagnosticada e tratada antes de vir a desenvolver graves complicações.

Sendo assim, torna-se necessário, enfatizar as ações de enfermagem durante a consulta de Pré-natal a fim de prevenir e/ou controlar a doença de maneira efetiva.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

- Identificar as ações preventivas de enfermagem frente ao atendimento a gestante portadora da Doença Hipertensiva Específica da Gestação – DHEG - durante a consulta Pré-Natal.

2.2 Específicos

- Realizar uma revisão literária sobre a DHEG;
- Analisar os fatores relevantes para a prevenção da DHEG durante a consulta Pré-Natal, a fim de prevenir as possíveis complicações e efeitos da doença;
- Descrever as ações preventivas de enfermagem frente a gestante com predisposição para DHEG.

3. JUSTIFICATIVA

As Síndromes Hipertensivas da Gestação são uma das principais complicações gestacionais, sendo responsáveis por um alto índice de morbidade e mortalidade entre os recém-nascidos. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação ainda permanece desconhecida.

A vigilância e o rastreamento durante toda a gestação asseguram o reconhecimento e o tratamento precoce das condições anormais, promovendo intervenções juntamente com a participação da família da gestante, podendo organizar um melhor atendimento à gestante, possibilitando o estabelecimento de ações mais direcionadas a essa clientela pela equipe de saúde, contribuindo, assim, para a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

A justificativa deste estudo se dá pelo alto índice de mortalidade materna e perinatal relacionado à Doença Hipertensiva Específica da Gestação e a possibilidade de ações preventivas durante o pré-natal através da assistência de enfermagem. O serviço

deve propiciar assistência eficaz às gestantes, sendo indispensável que toda equipe conheça as características dessa clientela.

Neste contexto, é relevante que a equipe de saúde conheça os fatores predisponentes para tal patologia, a fim de estarem aptos a reconhecerem a possibilidade do desenvolvimento desta, em qualquer momento do Pré-Natal, estando esse capacitado para programações de prevenção, daquele que é um grande problema de saúde pública, a DHEG.

4. PROBLEMA

A cada minuto, uma mulher morre no mundo por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto; são 1.600 mulheres por dia, quase 600 mil por ano, sendo que 99% dessas mortes acontecem nos países em desenvolvimento (OMS 2000). Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério podem ser preveníveis, mas para isso é necessária uma participação ativa por parte do sistema de saúde.

O pré-natal ainda é a melhor maneira de prevenir problemas de saúde que podem afetar a mãe e o bebê, caso seja detectada qualquer anormalidade que possa interferir na saúde dos dois, o médico e o enfermeiro tomarão as providências necessárias para evitar qualquer mal.

Baseado nessas premissas e frente à realidade vivenciada surgiu à necessidade de realizar um estudo que investigasse se durante a assistência pré-natal os profissionais de saúde estão preparados para identificar os fatores de risco gestacional e quais as ações de prevenção por eles utilizadas para prevenção da doença?

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO – DHEG

A DHEG é caracterizada por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema. Segundo MARTINS (2003) os valores dessa tríade são:

- Pressão arterial: aumento da pressão arterial diastólica a 90 mmHg ou mais, ou aumento da pressão arterial diastólica acima de 140 mmHg do valor conhecido previamente, confirmado após duas medidas com intervalo de no mínimo 4 horas, com a gestante sentada, em repouso.
- Proteinúria: presença de 300 mg ou mais de proteínas em urina de 24 horas ou Labistix 1(+)/4(+) ou mais em amostra casual.
- Edema: quando existente, pode ser localizado ou generalizado.

De acordo com Ferraz (2013), a hipertensão é uma das doenças mais comuns em grávidas, também chamada de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Essa patologia aparece em 10% da população brasileira e o índice de mortalidade chega a 35%. A hipertensão gestacional se diferencia da hipertensão crônica, aquela do dia-a-dia, por ter começo e fim. A pressão da mulher fica acima de 140/90 mmHg entre o período da 20ª semana de gestação e oito semanas após o parto.

5.2 CLASSIFICAÇÃO

De acordo com CUNNINGHAM (2012), a classificação dos distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez do Working Group, descreve quatro tipos de doença hipertensiva:

- Hipertensão Gestacional- Originalmente denominada hipertensão induzida pela gravidez. Quando a pré-eclâmpsia não se desenvolve e a hipertensão se resolve em torno de 12 semanas pós-parto, é redesignada hipertensão transitória;
- Pré-eclâmpsia e eclampsia;
- Pré - eclâmpsia superposta á hipertensão crônica;
- Hipertensão crônica.

5.3 DEFINIÇÃO

De acordo com Rezende (1987), a hipertensão na gestação é quando ocorre pressão alta (níveis de pressão maiores que 140/90mmhg) em gestantes. A hipertensão induzida pela gestação ocorre após as 20 semanas de gestação, desaparecendo até seis semanas após o parto, sendo três os fatores que justificam o grande interesse pela hipertensão na gravidez: a incidência elevada, a morbiletalidade materna e perinatal e a possível profilaxia pela assistência pré-natal adequada.

A pré-eclâmpsia é um distúrbio progressivo encontrado apenas na gestação, caracterizado por hipertensão, proteinúria e/ou edema generalizado após última metade da gestação. A eclâmpsia caracteriza-se pela presença da convulsão e/ou coma, não relacionados a outros distúrbios cerebrais, podendo ocorrer durante o ciclo gestacional, parto e puerpério, o que a denomina como a forma mais severa de DHEG. (FERREIRA, 2004 apud ZIEGEL e CRANLEY, 1985)

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com PA normal previamente (MONTENEGRO; 2012).

É definida como a presença de convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia. Outras causas de convulsão incluem a hemorragia cerebral por rotura de aneurismas e a epilepsia; convulsão não eclamptogênica. A hipertensão ou proteinúria podem estar ausentes em 10-15% das pacientes com pré-eclâmpsia grave e em 38% daquelas com eclâmpsia (MONTENEGRO E REZENDE FILHO; 2012).

A hipertensão crônica na gravidez é definida como estado hipertensivo (PA>140/90mmHg) preexistente á prenhez ou ocorrido antes de 20 semanas, e ainda presente decorridas 6-12 semanas do pós -parto (MONTENEGRO E REZENDE FILHO; 2012).

A Síndrome de HELLP é uma síndrome que apresenta o seguinte quadro clínico: H-(hemólise), EL (elevação de enzimas hepáticas), LP (contagem de plaquetas). Em obstetrícia esta síndrome é considerada como um agravamento da pré-eclâmpsia. Pode-se dizer que ela é uma hepatopatia relacionada com a gravidez. Nos casos mais graves pode ocorrer icterícia, devido á hemólise intravascular, havendo risco de mortalidade materna e fetal (CARVALHO; 2002).

5.4 ETIOLOGIA

De acordo com Angonesi (2007), a maior parte dos casos de pré-eclâmpsia e de eclâmpsia ocorre após a 20ª semana de gestação. A DHEG, geralmente, termina com o parto, mas pode persistir ate seis a oito semanas após o parto, podendo retornar em gestações subsequentes.

De acordo com Fustinoni (2006), os fatores etiológicos são classificados em intrínsecos e extrínsecos, sendo eles:

- Intrínsecos ou obstétricos: primiparidade, gestação com maior massa placentária, sobre distensão uterina e gravidez ectópica avançada.
- Extrínseco: raça (mais comum na raça negra), idade (abaixo dos 17 e acima dos 35 anos), nível socioeconômico, obesidade, tabagismo, diabetes, nefropatias, antecedentes familiares, hipertensão arterial.

5.5 FISIOPATOLOGIA

Segundo Carvalho (2007) apud Rezende e Montenegro (2006) as alterações fisiopatológicas são as seguintes:

- Alterações renais: lesão glomerular, proteinúria, diminuição do fluxo plasmático e da filtração glomerular. Aumento de creatinina.
- Alterações vasculares: vasoespasmo é a principal alteração e a vasoconstrição determina resistência ao fluxo e conseqüentemente H.A.
- Alterações cardiovasculares: a expansão do volume intravascular (da gestante) não está presente ou reduzida. Pode haver hipovolemia mesmo com a perda sanguínea habitual do parto.

- Alterações hepáticas: particularmente na síndrome HELLP, há necrose hemorrágica do tipo periportal, com depósitos de material fibrinóide nos sinusóides responsável pelo aumento das enzimas hepáticas e dor no quadrante superior direito do abdome. Em alguns casos, pode ocorrer hemorragia intra-hepática com hematoma subcapsular, podendo levar à rotura do fígado.
- Alterações cardíacas: a atividade contrátil do miocárdio raramente está alterada. Nas pacientes com pré-eclampsia grave ou eclampsia, a hipertensão pode se exacerbar e há risco de edema agudo de pulmão como resultado da administração vigorosa de líquidos na tentativa de expandir o volume sanguíneo a níveis pré-gravídicos.
- Alterações sanguíneas: a trombocitopenia é a alteração hematológica mais comumente encontrada na DHEG, podendo causar hemorragia cerebral e hepática subcapsular. Há presença de lesão endotelial, encontrando-se elevação nos níveis de endotelina I, e redução nos níveis de antitrombina III. Há diminuição no volume plasmático (hemoconcentração), e de albumina.
- Alterações hidroeletrólíticas: a toxêmica retém mais sódio e água do que outras gestantes normais. Podendo ocorrer edema perimaleolar, especialmente no final do dia.
- Alterações no sistema renina –angiotensina – aldosterona: que desempenha importante papel na regulação do tono vascular e da pressão sanguínea.
- Alteração uteroplacentária: a circulação uteroplacentária está reduzida em 40 a 60%, explicando a incidência de grandes infartos placentários (>3 cm), retardo de crescimento da placenta, deslocamento prematuro da placenta, determinando sofrimento fetal e aumento do óbito perinatal.

5.6 PRÉ-NATAL

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostas a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional. Para tanto, a gestante devera ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos

comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, assim como sua família, companheiro (a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser preparados para prover um suporte adequado a esta gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2010).

Uma assistência pré-natal adequada prevê, como mínimo, seis consultas durante o período de gravidez (Ministério da Saúde, 2006b). Se a gestação não é classificada como de alto risco, indicam-se, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro.

As gestantes devem ser vistas até atingir o trabalho de parto, ou ser atingido o período de risco para pós-maturidade, em torno da 42^o semana. Para o Ministério da Saúde (2006b), conclui-se a assistência pré-natal somente no 42^o dia após o parto, quando se realiza a consulta de puerpério. Essas determinações podem variar, conforme os riscos apresentados pela gestante, sendo fundamental em todos os casos a adesão à assistência pré-natal (Buchabqui, Abeche&Brietzke, 2001).

Para Carvalho (2002), a assistência pré-natal é principalmente preventiva e visa os seguintes objetivos: identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna, promover o bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal, preparar o casal para o exercício da paternidade.

A cada consulta de retorno, deve-se seguir uma rotina em etapas para determinar o estado de saúde da mãe e do feto. Algumas informações são consideradas especialmente importantes-como, por exemplo, a avaliação da idade gestacional e medição da pressão arterial (JONES E COLS, 2003).

Os objetivos dos cuidados pré-natais á gestante de alto risco são os mesmos dos cuidados a qualquer outra grávida. Têm o propósito de minimizar a mortalidade e a morbidade materna fetal e neonatal, e encorajar o crescimento e desenvolvimento ótimos tanto dos pais como do filho. Todo o período da gestação complicada torna-se literalmente um período de cuidado intensivo (ZIEGEL E CRANLEY, 1985).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a prevenção ou pelo menos o diagnóstico precoce dos sinais anormais seguidos de um tratamento imediato e eficaz, evitaria muitas complicações que poderiam vir a acontecer.

5.7 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Quando a gestante apresenta um quadro patológico preexistente, uma complicação gestacional atual ou prévia ou uma condição social e/ou biológica que possa prejudicar a boa evolução da gravidez, o acompanhamento indicado é o pré-natal de alto risco (PNAR). Portanto o PNAR significa acompanhar a gestante e o feto com foco nos riscos existentes a saúde de ambos. (SILVA, 2009).

Como descrito no (Manual Merk, 2009), uma gravidez de alto risco é uma gravidez na qual o risco de doença ou de morte antes ou após o parto é maior que o habitual, tanto para a mãe quanto para o concepto. Para identificar uma gravidez de alto risco, o médico avalia a gestante para determinar se ela apresenta condições ou características que a tornam (ou o seu feto) mais propensa a adoecer ou a morrer durante a gestação (fatores de risco). Os fatores de risco podem ser classificados de acordo com o grau de risco. A identificação de uma gravidez de alto risco assegura que a gestante que mais precisa de cuidados médicos realmente os receba.

5.8 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO PARA MULHERES PORTADORAS DE DHEG

De acordo com Silva e Guimarães, et al., uma das primeiras observações da equipe multidisciplinar, que é responsável pelo atendimento pré-natal, deve ser identificar as mulheres que apresentam probabilidades estatísticas de desenvolver a hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Consultas de pré-natal devem ser individualizadas, não estabelecendo intervalos de tempo determinados. Desde cedo as gestantes de alto risco devem ser vistas pelo menos a cada duas semanas e mais frequentemente no final da gravidez.

5.9 AÇÕES PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM FRENTE A GESTANTE COM PREDISPOSIÇÃO PARA DHEG

O termo "hipertensão na gravidez" é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação da pressão arterial, até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos. Com reconhecimento precoce desta enfermidade e o acompanhamento adequado do pré-natal se pode detectar a patologia ainda no estágio inicial de seu desenvolvimento, avaliando os possíveis riscos da gestação. (ANGONESI, POLATO, 2007 apud PEREIRA et. al. 2006).

A pré-eclâmpsia devidamente tratada quase sempre pode ser controlada a fim de não progredir para a convulsão. A assistência à gestante tem grande responsabilidade quanto ao prévio reconhecimento e tratamento dos sintomas como também as instruções às pacientes em relação aos sinais e sintomas presentes que devem ser imediatamente informados (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

A gestante hipertensa demanda uma assistência intensa e qualificada, sendo que o conhecimento da doença é imprescindível para a eficácia do tratamento, portanto, a gestante precisa estar ciente da importância da adesão ao tratamento para o bom desfecho da gestação.

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. Sendo assim, a enfermagem tem como objetivo promover reflexões das gestantes sobre o risco da hipertensão gestacional. (SILVA, GUIMARAES et al. Apud BRASIL, 2005).

O enfermeiro é um dos profissionais responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. Soares e Floreano (2008) relatam que os

principais objetivos de se integrar cuidados de enfermagem para pacientes com hipertensão induzida pela gestação são:

- Diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central;
- Controlar a pressão sanguínea;
- Promover a diurese;
- Controlar o bem estar fetal;
- Auxiliador;
- Aliviar náuseas e vômitos;
- Reduzir edema.

No pré-natal o enfermeiro oferece instruções à futura mãe, como cuidados com a alimentação, formas de se manter confortável, estimulação do bico do seio, polivitamínicos a serem ingeridos, realização de exames, oferecendo respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias e a curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo nesse processo de transição (SILVA, GUIMARAES et al. Apud BARROS, 2006).

A assistência de enfermagem no pré-natal é de fundamental importância, tanto para mãe quanto para o feto. Para justificá-la, basta dizer que sua ausência está ligada e associada à mortalidade perinatal. Sendo que em países pobres como o Brasil fica ainda mais evidente a necessidade de um acompanhamento adequado e de qualidade para as gestantes, já que esta se encontra em condições menos favoráveis. (REZENDE, 2005).

De acordo com Peixoto et al. (2008) apud Baxley (2001) e Enkin et al. (2005), as intervenções de enfermagem deve seguir um roteiro, e a proposta seria:

- Estabelecer um vínculo de confiabilidade entre a gestante e o enfermeiro.
- Oferecer um atendimento de qualidade, com recursos que a referência não ofereceu.
- Facilitar acesso aos exames, dando prioridade a essa gestante.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, vacinação, preparo para o parto e puerpério.
- Realizar atividades com grupos de gestantes semanais e/ou quinzenais, reforçando a importância da participação das mesmas; abordando assuntos, como aleitamento materno, medicações, vacinação, alimentação (evitar gordura e frituras, restringir uso de

sal, orientar quanto a importância de uma dieta balanceada com todos os nutrientes, vitaminas e sais minerais), autocuidado (repouso com as pernas elevadas, uso de sapatos de saltos baixos e confortáveis, roupas leves e folgadas, calcinhas de algodão com sustentação para evitar outras complicações, meias elásticas indicadas para gestante, cuidados com os seios) e esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir.

- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta.
- Orientar a gestante quanto aos sinais e aos sintomas que possam surgir durante a gravidez, e que providências tomar.
- Fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da PA, diariamente, na UBS.
- Realizar visitas domiciliares, reforçando o vínculo estabelecido entre a gestante e a UBS, sendo de caráter integral e abrangente sobre a gestante, família e o contexto social.
- Periodicidade da visita domiciliar: auxiliar de enfermagem ou técnico, de 5 em 5 dias; agente comunitário de saúde (ACS), de 2 em 2 dias; enfermeiro(a), de 10 em 10 dias. Isso pode ser modificado de acordo com a demanda de cada PSF, não devendo ser inferior ao proposto acima.
- Orientar e acompanhar quanto à dieta hipossódica e hipoprotéica.
- Sugerir repouso e encaminhar a gestante para a consulta de pré-natal de alto risco, em casos de aumento da PA (acima 140/90 mmHg) ou edema.
- Orientar quanto ao ganho exagerado de peso. A equipe deverá atentar quanto à retenção de líquido por parte dessa gestante.
- Orientar quanto à necessidade da coleta de exame citopatológico após o término da assistência pré-natal (42 dias após o parto).

PESQUISA

6.1 Tipo do estudo

O estudo tratar-se-á de uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, através de diferentes bases de dados eletrônicas científica, através de descritores referentes às ações preventivas de enfermagens frente ao atendimento a gestante portadora da Doença Hipertensiva Específica da Gestação – DHEG - durante a consulta Pré-Natal. A identificação dos artigos e inclusão dos mesmos ocorreu no segundo semestre de 2013.

6.2 Bases de dados eletrônicas

A pesquisa bibliográfica será conduzida nas bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online - SciELO; Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs; Informações complementares foram obtidas a partir de teses de mestrado e doutorado.

6.3 Estratégia de busca

As buscas serão conduzidas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS , em português no período que compreende os últimos 11 anos (2003-2014). Utilizou-se o operador booleano “and” e “or” além da utilização das aspas a fim de facilitar a busca aos estudos.

A combinação de termos utilizados juntos ou separados nas respectivas bases de dados foram: ‘Pré-eclâmpsia’, ‘Complicações na gravidez’, ‘Mortalidade Materna’, ‘Pré-natal’.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse trabalho mostrar a importância das ações preventivas de enfermagem frente ao atendimento à gestantes com predisposição a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez durante a consulta pré-natal.

8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PERIODOS ATIVIDADES	2013 8º Semestre	2014 9º Semestre	2014 10º Semestre
Levantamento bibliográfico	X	X	X
Leitura teórica	X	X	X
Correções		X	X
Entrega do primeiro Esboço		X	
Entrega do TCC		X	
Definição de banca		X	
Apresentação		X	
Produção e apresentações científicas		X	X

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI, Janaina. POLATO, Angelina. **Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a síndrome de HELLP**. RBAC, vol. 39: 243-245, 2007. Disponível em:

http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_04/rbac_39_04_01.pdf acesso em:

17/11/2013.

BANKOWSKI, B. J. **Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Políticas de Saúde.Gestação de alto risco,Manual técnico.3.ed.Brasília:Ministério da Saúde,2000.

CARVALHO, Geraldo M de. **Enfermagem em Obstetrícia**. ed. revista e ampliada. São Paulo: EPU, 2002. Pág: 70-73

CUNNINGHAM FG et al. **Williams obstetrics**. 23 ed., New York: McGraw-Hill, 2012.

FALCONE, I. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.

FERREIRA, Mari Elen. CAMPANA, Hellen C. R.. **Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez**. Revista Uningá, n. 1, p.39-46. 2004. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130716_162416.pdf. Acesso em: 18/11/2013.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FUSTINONI, Suzete. **Síndromes hipertensivas na gravidez**. In. BARROS, Sonia Maria Oliveira. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Editora Manole, Barueri SP, 2006, p. 65-75.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Jones DW, Appel LJ, Sheps SG, et al: **Measuring blood pressure accurately**: New and persistent challenges. *JAMA* 289:1027, 2003. Disponível em: http://adctoday.com/sites/default/files/literature/9000_Whitepaper_0002.pdf. Acesso em: 02 nov.2013

KAHHALE S, ZUGAIB M. (editors). **Síndromes hipertensivas na gravidez**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993.

LACAVA, Rose M. do V. Bóz. **Consulta de enfermagem no pré-natal**. In. BARROS, Sonia Maria Oliveira. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Editora Manole, Barueri SP, 2006, p. 51-6

MANUAL MERK. Manual MerkSaúde para a Família. Tradução de Dr. Fernando Gomes do nascimento. Revisão científica: Dr. Marcos Ikeda. Editoração Eletrônica: Avit's Estúdio Gráfico Ltda. 2009. Disponível em: [HTTP://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merk/mm_sec22_244.html](http://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merk/mm_sec22_244.html). Acesso em 28/11/13.

MARTINS, Cleusa Alves. RESENDE, Leilineia P. Ramos de. VINHAS, Dayane C. Silva. **Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia**. Revista eletrônica de enfermagem, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> . Acesso em: 16/11/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco**. 2010 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> acesso em 18 nov 2013

Ministério da Saúde (2006b). Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno 5. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0102-3772201200010000400019&lng=en

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa e FILHO, Jorge de Rezende. 12ed .Rio de janeiro:Guanabara Koogan, 2012.

MORSE. ML; FONSECA. SC; BARBOSA. MD; CALIL.MB; EYER FPC.**Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. 2011. Disponível em:**http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2011000400002&script=sci_arttext>.Acesso em 02 de Nov de 2013.

PASCOAL, F.I. **Pré-Eclampsia: Mecanismos Fisiopatológicos e suas Implicações Terapêuticas.** Revista Virtual de Medicina. v. 1, n. 1, jan/fev/mar 1998. Disponível em: <http://www.medonline.com.br/med_ed/med1/preeclampsia.htm>. Acesso em: 02 nov. 2013.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

REZENDE, Jorge de.**Obstetrícia.**10ª Ed.Rio de Janeiro.ed. Guanabara, 2005.

SÁNCHEZ, P. A.; SÁNCHEZ, V. A.; BELLO, V. M.;SOMOZA, M. E. Enfermedad hipertensiva de embarazo em terapia intensiva. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia,** v. 30, n. 2, 2004. Disponível em:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000200007&lng=es&nrm=iso>. Acessoem: 15 nov 2013.

Sibai BM, Cunningham FG:**Prevention of preeclampsia and eclampsia.** In lindheimer MD, Roberts JM, Cunningham FG (eds): Chesley'shiper-tensive Disorders of pregnancy, 3 rd ed. New York, Elsevier, In press,2009, p215.

SILVA, K.V.G.. GUIMARAES, M.M.R.O..LOUZADA, C.N.. AMBROSIO, V.O..**Hipertensão Gestacional:** conduta do profissional enfermeiro. Disponível em:

<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Hipertensaogestacionalcondutadoprofi ssionalenfermeiro.pdf>. Acesso em: 21/11/2013.

SOARES, H. de S.; FLORIANO, N. A. R.; ROSSO, L. **A enfermagem e os cuidados na pré-eclâmpsia**. Curitiba, 2008.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

PEIXOTO, Magda Vieira. MARTINEZ, Michelle Dutra. VALLE, Norma Sueli Braga. **Síndromes Hipertensivas na Gestação: estratégia e cuidados de enfermagem**. Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde 2008. p. 208-222. Disponível em: <http://www.metodogerar.com.br/wp-content/uploads/2009/09/sindromes-hipertensivas-revisao.pdf>. Acesso em: 24/11/2013.

PERAÇOLI. JC; PARPINELLI. MA. **Relatório do National High Blood Pressure Education Grupo de Trabalho Programa de pressão arterial alta na gravidez**. Am J ObstetGynecol. 2000; 183 (1): S1-S22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032005001000010&script=sci_arttext> Acesso em: 24 de nov 2013.

Wilson BJ, Watson MS, Prescott GJ, Sunderland S, Campbell DM, Hannaford P, *et al*. **Doenças hipertensivas da gravidez e risco de hipertensão e acidente vascular cerebral na vida adulta: resultados do estudo de coorte**. BMJ 2003; 326:845-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000100015&script=sci_arttext. Acesso em :24 nov 2013.

SILVA, Janize C.. **Manual obstétrico: guia prático para enfermagem**. Janize C. Silva. 2. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Corpus, 2009. p. 54-55, 94-97.