

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-
PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA**

Nádia Ferreira da Silva Santos
Sinara Gomes Moura

Anápolis-Go
2019

NÁDIA FERREIRA DA SILVA SANTOS
SINARA GOMES MOURA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-
PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Enfermagem da
UniEVANGÉLICA - Centro Universitário
de Anápolis-Go, como requisito parcial
para obtenção do Título de Bacharel em
Enfermagem

Orientadora: Profa. Doutoranda Meillyne
Alves dos Reis.

Anápolis-Go
2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

NÁDIA FERREIRA SILVA SANTOS
SINARA GOMES MOURA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO- PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-Go, UniEVANGÉLICA para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Doutoranda Meillyne Alves dos Reis
Orientadora

Profa. Ma. Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles
Avaliadora

“Feliz é o homem que persevera na provação, porque depois de aprovado receberá a coroa da vida que Deus prometeu aos que amam.”

Tiago 1:12

DEDICATÓRIA

À minha avó materna, minha mãe, meus irmãos, meu companheiro, meus amigos, minha família e a todos que contribuíram de alguma forma para que eu concluísse este ciclo da minha vida.

Ao Centro Universitário de Anápolis UNIEVANGÉLICA, ao Curso de enfermagem e a todos com quem convivi ao longo desses anos, especialmente aos professores que contribuíram de maneira singular para a formação de uma profissional de excelência.

Att: Nádia Ferreira Silva Santos

Aos meus pais, meus irmãos, minha família, meus professores, meus amigos e todos aqueles que não mediram esforços para que eu concluísse essa etapa da minha vida.

Ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-Go-UniEVANGÉLICA por proporcionar os conhecimentos necessários para me tornar uma profissional de qualidade.

Att: Sinara Gomes Moura

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu o dom da vida me guiou e sustentou durante essa caminhada. À minha avó Sônia Maria Ferreira da Silva que criou a mim e meus irmãos com muita dificuldade e ainda assim não deixou nada faltar, que me apoiou nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu companheiro Donizete Natal da Silva com quem amo compartilhar a vida, que foi e é, meu maior incentivador e se dedicou tanto quanto eu para a realização deste sonho.

À minha comadre Luciléia Oliveira, que sempre acreditou no meu potencial e me estimulou a continuar nos momentos mais difíceis.

À minha dupla Sinara Gomes Moura, à minha orientadora Doutoranda Meillyne Alves dos Reis, à minha professora Mestra Rosana Mendes Bezerra, vocês foram primordiais para a construção deste trabalho, obrigada pela orientação, apoio, segurança e confiança.

Aos amigos que a graduação me presenteou, em especial Alexandre Fernandes da Silva Rodrigues, Cristina Pereira de Moraes, Liliane Araújo Costa, Jhovanna Xavier, Cássia da Silva, Elizangela Diniz, Amanda Maria, Daiane Bruna, Rosilene Camilo e Meiriane Gil, obrigada pelos abraços, risadas, conselhos, em fins, pela AMIZADE de cada um.

Att: Nádia Ferreira da Silva Santos

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me dado forças para chegar até aqui e mesmo em meio às dificuldades me permitiu realizar um sonho e sempre segurou minhas mãos nessa longa caminhada.

Aos meus pais (Neide Gomes da Silva e Humberto França Moura) e familiares, que não mediram esforços para que eu realizasse esse sonho e por me apoiarem nessa caminhada. Em especial, à minha avó Antônia Gonçalves da Silva (*em memória*), a senhora me tornou uma pessoa e uma profissional melhor. Eu amo vocês, essa conquista é nossa.

À minha dupla Nádia Ferreira Silva Santos, à minha orientadora Doutoranda Meillyne Alves dos Reis, à minha avaliadora professora Mestra Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles e minha professora Mestra Rosana Mendes Bezerra, vocês

foram essenciais na construção desse trabalho. Obrigada por todo conhecimento repassado e compartilhado, levarei por toda minha vida profissional.

A todos os meus amigos, em especial Amanda Siqueira Gonçalves, Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira, Laura Luiza Ribeiro da Silva e Walisson Rafael Pereira Nhambiquara por todo o apoio que sempre me deram e por sonhar junto comigo, não permitindo que eu desista mesmo com todas as dificuldades enfrentadas. Obrigada por acreditarem sempre no meu potencial. Eu amo vocês, essa conquista é nossa.

A todos os amigos que o curso e a faculdade me deram, obrigada por cada momento, construímos muitas histórias e vivemos experiências únicas compartilhando conhecimentos e aprendendo juntos.

Agradeço a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a construção desse trabalho e da minha formação.

Att: Sinara Gomes Moura

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), no período gravídico-puerperal hospitalizadas numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, Brasil Central. **Metodologia:** Estudo misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado num hospital filantrópico no interior de Goiás, entre os dias 1 a 30 do mês de agosto de 2019. A amostra foi composta de 13 mulheres com diagnóstico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal. **Resultados e Discussão:** Houve predomínio de puérperas, jovens, com baixa escolaridade e renda familiar. Tais achados revelaram um fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres. Os diagnósticos de Letramento Funcional em Saúde ineficaz e Controle ineficaz do regime terapêutico, ambos relacionados ao nível de conhecimento/compreensão da mulher, foram os mais prevalentes, ratificando a necessidade de investimentos no pré-natal com estratégias educativas com metodologias de ensino aprendizagem que partam das especificidades e particularidades desse grupo de mulheres. Das narrativas emergiram 03 (três) categorias temáticas: Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade; Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG; Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). **Considerações finais:** No decorrer da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da síndrome. Durante a assistência Pré Natal, as pacientes não foram claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como não tiveram suas dúvidas sanadas. É notória a ausência de uma assistência de qualidade e um letramento em saúde, haja vista em muitos casos ter sido verificadas orientações incorretas às gestantes, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia.

Descritores: Gravidez de Alto Risco. Processo de Enfermagem. Hipertensão. Hipertensão Induzida pela Gravidez

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses in women with Pregnancy Specific Hypertensive Disease (PSHD) in the pregnancy-puerperal period hospitalized in a philanthropic maternity hospital in Anápolis-Go, Central Brazil. **Methodology:** A mixed study with a quantitative and qualitative approach, conducted in a philanthropic hospital in the interior state of Goiás, between the 1st and 30th of August 2019. The sample consisted of 13 women with confirmed diagnosis of pregnancy-puerperal PSHD. **Results and Discussion:** There was a predominance of mothers, young, with low education and family income. These findings revealed an important factor for the research, and may directly interfere with the degree of understanding of women. Diagnoses of ineffective health functional literacy and ineffective control of the therapeutic regimen, both related to women's level of knowledge / understanding, were the most prevalent, confirming the need for prenatal investments with educational strategies with teaching-learning methodologies that depart from of the specificities and particularities of this group of women. From the narratives emerged three (3) thematic categories: Category A - Relevance of Quality Prenatal Care; Category B - Health Literacy (HL): importance of the domain of diagnosis of PSHD; Category C - Nursing Diagnoses in Hypertensive Pregnancy Disease (PSHD). **Final considerations:** During the research, it was observed the patients' misunderstanding and lack of knowledge about the severity of the syndrome. During prenatal care, patients were not clearly informed about prevention and possible risks, and had not been answered. The absence of quality care and health literacy is notorious, since in many cases incorrect guidance was given to pregnant women, which may be justified by the unpreparedness of working professionals, as well as the lack of interest of some patients to ask questions. respect of pathology.

Descriptors: High Risk in pregnancy. Nursing Process. Hypertension. Pregnancy-Induced Hypertension

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com gestantes/puérperas com diagnóstico de risco (DHEG)	29
Quadro 1	Distribuição das gestantes/puérperas hipertensas segundo os diagnósticos de enfermagem encontrados. Anápolis-GO, 2019	37
Quadro 2	Intervenções de enfermagem NIC para os diagnósticos encontrados nas pacientes com DHEG. Anápolis-GO, 2019	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sócio demográficas de gestantes/puérperas. Anápolis-Go, 2019	27
Tabela 2	Perfil obstétrico das gestantes / puérperas para diagnóstico de risco	28
Tabela 3	Idade Gestacional (IG) das participantes, gestantes / puérperas em relação a descoberta do diagnóstico	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BCF	Batimentos Cardíofetais
Binômio	Mãe e filho
BRA	Bloqueador do Receptores de Angiotensina II
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
EV	Endovenosa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HG	Hipertensão Gestacional
IECA	Inibidor de Enzima Conversora da Angiotensina
IG	Idade Gestacional
IM	Intramuscular
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NEPE	Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão
NIC	Nursing Interventions Classification
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PE	Pré-eclâmpsia
PE	Processo de Enfermagem
PN	Pré-Natal
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SL	Sublingual
SSVV	Sinais Vitais
TAMUD	Termo de Autorização da Utilização dos Dados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	<i>Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG): Desvendando a comorbidades</i>	15
2.2	<i>A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): aplicada na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)</i>	19
3	OBJETIVOS	22
3.1	<i>Objetivo Geral</i>	22
3.2	<i>Objetivos Específicos</i>	22
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1	<i>Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade</i>	28
5.2	<i>Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG</i>	32
5.3	<i>Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)</i>	35
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO A- DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	48
	ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS DADOS – TAMUD	50
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE CONSENTIMNTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO	52
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	56
	APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
	APÊNDICE C – ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO EM REVISTA - “INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH (IJDR)”	65
	APÊNDICE D - COPYRIGHT TRANSFER AGREEMENT FORM	91

1 INTRODUÇÃO

A gestação é notoriamente um momento singular na vida da mulher, no qual, ela vivencia intensas experiências e transformações, que envolvem fatores físicos e biopsicossociais. Sendo classificada como baixo risco ou risco habitual e alto risco, podendo na maioria dos casos evoluírem sem intercorrências, contudo, uma pequena parcela de gestantes apresenta complicações durante o período perinatal, que compreende todo o período gestacional, sendo considerada de alto risco (OLIVEIRA et al., 2017).

Em casos de gestação de baixo risco, o enfermeiro é o profissional habilitado e qualificado para realizar a assistência Pré-natal (PN), intercalando as consultas com o médico, respaldado pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do exercício profissional de enfermagem). É capacitado para identificar sinais que classifique a gestante em alto risco e encaminhá-la para atendimento especializado com médico obstetra (COFEN, 1986).

Nesse contexto, caracteriza-se como gestação de alto risco, aquelas que apresentam complicações que evidenciam potenciais riscos para a saúde do binômio (mãe e bebê), bem como as complicações hipertensivas, que tem o maior índice de morbimortalidade materno fetal (ocorre em cerca de 10% das gestações) sendo a Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG) uma importante complicação da gestação (LANGARO; SANTOS, 2014).

Apesar do conhecimento da fisiopatologia ser parcial, sabe-se que a DHEG, se trata de uma doença multifatorial, envolvendo fatores imunológicos, genéticos e ambientais, necessitando de uma atenção especial, pois esta pode ocorrer de formas distintas, sendo mais comuns as formas isolada ou associada a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que acomete uma parcela considerável da população. Em gestantes, ambas as formas acometem vários órgãos maternos, podendo causar desfechos fatais para o binômio (COZENDEY et al., 2015).

Logo, a DHEG é comumente caracterizada por uma tríade, que contempla principalmente a elevação dos níveis pressóricos após a 20ª semana de gestação ou agravar uma hipertensão pré-existente. A hipertensão na gestação é classificada em graus, que vão desde a Pré-eclâmpsia (PE) até formas mais graves, como a

eclâmpsia, podendo evoluir para a Síndrome de HELLP, trazendo consequências maiores para o binômio (BRASIL, 2012).

Conseqüentemente, o profissional de enfermagem deve atuar na prevenção e detecção precoce das síndromes hipertensivas, realizando uma consulta PN eficaz, orientando as gestantes quanto à prática de exercícios físicos e alimentação saudável, bem como, encaminhá-las para a consulta de alto risco, se constatado alterações nos níveis pressóricos da paciente (MARIANO et al., 2018).

O presente estudo torna-se relevante por se tratar de uma patologia que causa complicações na gestação e é considerada uma das principais causas de morbimortalidade materno fetal. Sua incidência vem aumentando gradativamente, tornando esta pesquisa de suma importância, uma vez que, ao orientar e conscientizar as gestantes sobre a sintomatologia da DHEG e suas principais complicações, é possível torná-las protagonistas de sua terapêutica, promovendo o autocuidado, através de mudanças no estilo de vida.

Diante do exposto questiona-se: Quais os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizados com DHEG numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, no período gravídico-puerperal?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG): Desvendando a comorbidade

A gestação, por ser um momento de intensas emoções e mudanças biopsicossociais, é necessária uma assistência PN de qualidade e adequada, tendo em vista que a gestação pode ser considerada de baixo risco ou alto risco. Por meio de uma assistência efetiva, além de diminuir os índices de morbimortalidade materno-fetal, é possível detectar precocemente sinais e sintomas de agravos durante o período gravídico, que coloquem o binômio em situação de risco e a classifique em gestação de alto risco, como exemplo, a hipertensão gestacional (HG) (GASPARIN et al., 2018).

Mediante exposto, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) caracteriza a HG pela presença de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, de acordo com o quinto ruído dos sons de Korotkoff, retornando à aferição após 4 horas, para obter a confirmação do diagnóstico (SBC, 2016).

Sendo assim, o período gravídico pode desencadear aumento da pressão arterial em pacientes normotensas ou agravar casos de pacientes hipertensas, consequentemente classificando em: Hipertensão crônica, aquela desenvolvida antes da gestação, antecedendo a 20ª semana de gestação ou prologando após doze semanas pós-parto, nesse caso, não há edema e proteinúria; Hipertensão gestacional ocorre o aumento da pressão arterial (PA) após a 20ª semana de gestação, perdurando até doze semanas pós-parto, definida também como transitória, e quando persiste, torna-se crônica; A PE, caracteriza-se pela hipertensão e pelo aparecimento de proteinúria (300 mg ou mais de proteína na urina em 24 horas), após a 20ª semana de gestação em gestantes anteriormente normotensas; Eclâmpsia, refere-se à PE com episódios de convulsões (BRASIL, 2012).

A DHEG é considerada uma patologia multisistêmica e idiopática, específica da gestação e do período puerperal. Não sabendo ao certo sua etiologia e fisiopatologia, mas acredita-se que pode estar associada com fatores genéticos, imunológicos e ambientais (COZENDEY et al., 2015). Tem relação com um distúrbio

placentário, desencadeando um aumento de vasoconstrição e redução na perfusão sanguínea (BRASIL, 2012). O edema, não faz parte dos critérios de diagnósticos da doença, mas acompanha o quadro clínico na maioria dos casos, e é evidenciado pela permeabilidade capilar que permite a passagem de fluídos para o espaço intersticial, ocasionando na retenção de líquidos e sal (OLIVEIRA et al, 2017).

Com a alteração da PA na gestação, as chances de desenvolver complicações aumentam e exigem uma avaliação precisa e uma conduta adequada da equipe médica. Um exemplo de complicação que atinge cerca de 4% a 12% das gestantes hipertensas, é a Síndrome de HELLP, que evidencia elevação nos índices de morbimortalidade materno-fetal. (BRASIL, 2012).

A vista disso, a PE é comumente caracterizada por uma tríade, que abrange o aumento dos níveis pressóricos (PAD >140mmHg ou PAD >90mmhg), proteinúria (≥ 300 mg de proteína em urina de 24 horas) e o edema após a 20^o semana de gestação. Somam-se a esses sintomas as convulsões que ocorrem quando a PE evolui para eclâmpsia. Já a síndrome de HELLP está associada à sintomas inespecíficos, como mal-estar, epigastralgia, náuseas e vômitos, anorexia e cefaleia, sendo caracterizada por hemólise (*hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*) (BRASIL, 2012).

Logo, o tratamento medicamentoso é direcionado para pacientes com PAS>150 e sinais premonitórios. É recomendado hidralazina endovenosa (EV), não excedendo 20mg, podendo também ser administrado nifedipina sublingual (SL), porém há evidências de eventos adversos em relação ao seu uso. Deve-se iniciar a terapêutica quando a PA atingir 150x100 mmHg, com o intuito de estabilizar em uma média de 130x80. É importante ressaltar que o tratamento com o anti-hipertensivo não diminui as chances de desenvolver PE e complicações como, crescimento intrauterino restrito, descolamento prematuro de placenta e desfechos neonatais, mas reduz o risco de desenvolver uma HAS grave. A escolha do medicamento vai de acordo com a farmacodinâmica e os efeitos adversos, sendo contraindicado o uso de IECA (Inibidor da enzima conversora da angiotensina), BRA (Bloqueador dos receptores de angiotensina II) e inibidor direto de renina, devendo ser evitado o atenolol e prazosina, devido a relação das drogas com a natimortalidade (SBC, 2016).

É necessário conhecer os sinais premonitórios da síndrome, a fim de elaborar estratégias para a prevenção e início imediato da terapêutica, privando a evolução

para complicações graves (SBARDELOTTO et al., 2018). A compreensão dos sinais, por parte dos profissionais, é de suma importância, uma vez que, a equipe é responsável por identificar os sinais e sintomas, direcionando para o diagnóstico precoce, a fim de reduzir ou minimizar as complicações maternas e neonatais (LIMA et al., 2018; MARIANO et al., 2018).

Ressalta-se que a PE é considerada uma doença multifatorial, destarte, pode-se destacar a hipertensão arterial crônica, obesidade, diabetes tipo 1 e 2, primiparidade, história pregressa de pré-eclâmpsia, dentre outros, sendo estes os fatores mais prevalentes (FERREIRA, 2019).

Dessa forma, assistência PN, tem como objetivo assegurar uma gestação sem riscos ao binômio, além de visar a identificação precoce de qualquer complicação, objetivando um parto saudável e sem intercorrências (BRASIL, 2012). Nota-se que há uma relação entre uma assistência PN de qualidade e diminuição dos índices de síndromes hipertensivas gestacionais, dado que durante o atendimento, o profissional deve alertar quanto aos fatores de risco e orientar sobre as formas de prevenção, e caso seja detectado precocemente alterações na PA, iniciar tratamento, minimizando os riscos de complicações materno-fetais (KERBER; MELERE, 2017).

Assim como em outras complicações gestacionais, a detecção precoce da PE é de suma importância, pois através do acompanhamento e monitoramento, minimiza riscos e busca proporcionar o melhor desfecho possível para o binômio. Comumente, a detecção precoce ocorre durante a assistência PN, diante do surgimento de sinais e sintomas. Por esse motivo, é fundamental que haja o acompanhamento PN de acordo com a periodicidade indicada para cada gestante (FEBRASGO, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu 23 recomendações para a prevenção da PE e da eclâmpsia, sendo divididas em dois grupos (intervenções recomendadas e intervenções não recomendadas). O primeiro grupo integra principalmente: Suplementação de cálcio (1,5 a 2,0g por dia), quando a ingesta alimentar for baixa; dose de ácido acetilsalicílico (aspirina, 75 mg) em gestante com risco elevado de desenvolver PE ou eclâmpsia; iniciar dose de aspirina (75mg) para prevenção da PE e suas complicações antes da 20ª semana de gestação; a escolha da via de administração do fármaco anti-hipertensivo deve ser baseada na experiência do clínico na prescrição desse fármaco em particular, os

custos e disponibilidade local; sulfato de magnésio para prevenção de eclâmpsia em gestantes com PE grave; sulfato de magnésio para o tratamento de eclâmpsia; regime completo de sulfato de magnésio administrados EV e intramuscular (IM); Indução de parto em pacientes com PE grave, em casos de feto não viável que tem pouca possibilidade de se tornar viável em no máximo 2 semanas; em casos de feto viável, idade gestacional (IG) de 34 a 36 semanas e 6 dias, é recomendado uma política de gestão expectante, em mulheres com PE grave; em casos de mulheres com pré-eclâmpsia grave, feto a termo, é recomendado antecipação do parto; em mulheres com PE leve ou HG a termo leve, recomenda-se a indução do parto; tratamento anti-hipertensivo pós parto, em mulheres que iniciaram o tratamento antes do parto e o tratamento anti-hipertensivo em casos de hipertensão grave pós parto (OMS, 2014).

Já o segundo grupo abrange que não é recomendado: Aconselhar repouso em casa como forma de intervenção primária para prevenção primária da PE em mulheres que apresentam riscos; o repouso restrito no leito para melhorar os resultados da gravidez em mulheres com hipertensão na gravidez (com ou sem proteinúria); a restrição da ingestão de sal alimentar durante a gravidez como forma de prevenção da PE e da eclâmpsia; a suplementação de vitamina D durante a gravidez como forma de prevenção da PE e suas complicações; a suplementação individual ou combinada de vitamina C e E durante gravidez para prevenir o desenvolvimento de PE e eclâmpsia; o uso de diuréticos, principalmente as tiazinas, como prevenção da PE e suas complicações e o uso de corticosteroides para tratar mulheres com a síndrome de HELLP (OMS, 2014)

Desse modo, a equipe de enfermagem atua no cuidado à gestante com DHEG, direcionando a assistência de acordo com as principais fragilidades e aperfeiçoando o atendimento, diminuindo as possíveis complicações futuras (LIMA et al., 2018). Por ser um período repleto de mudanças, devem-se ressaltar as estratégias de educação em saúde, objetivando orientar as gestantes sobre a prevenção da comorbidade e incentivando a adoção de um estilo de vida saudável e que ajude no controle da hipertensão gestacional (SOUSA et al., 2014).

Diante disto, o papel da enfermagem baseia-se nas atividades prestadas em ações de promoção e prevenção de saúde no grupo de apoio às gestantes, onde desperta nas pacientes a necessidade do autocuidado. Por ser considerada uma profissão voltada para o cuidado, os profissionais de enfermagem, repassam seus

conhecimentos científicos de maneira coerente, para que as gestantes possam compreender o que lhes foi orientado, incentivando a adesão nas consultas e a continuidade do tratamento, a fim de evitar maiores complicações (JUNIOR et al., 2018).

Em um estudo, foi apontado que a assistência de enfermagem em pacientes com DHEG, é indispensável durante todo o período gravídico-puerperal, visto que, o profissional de enfermagem ampara a saúde do binômio e previne complicações (OLIVEIRA et al., 2017). Além de prestar uma assistência individualizada, o enfermeiro realiza a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), contribuindo plausivelmente para execução de intervenções voltadas para a queixa da paciente, garantindo resultados satisfatórios em prol do bem-estar daquela paciente (OLIVEIRA et al., 2016). Através das evoluções obtidas pela SAE, o enfermeiro é capaz de analisar a necessidade de ser realizada uma educação em saúde, abordando temas desde estilo de vida saudável até parto e amamentação (JUNIOR et al., 2018).

Conseqüentemente, a enfermagem por possuir um contato direto e prolongado com as pacientes, deve desenvolver uma assistência humanizada e adequada, realizando uma escuta qualificada, a fim de minimizar os medos e as angústias, prestar apoio emocional, bem como, sanar dúvidas acerca e orientar quanto ao cuidado pós-parto (OLIVEIRA et al., 2016).

2.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): aplicada na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)

A SAE se caracteriza pela organização da assistência de enfermagem, de forma dinâmica e sistematizada, com o intuito de conduzir o cuidado holístico, integral e individualizado, atendendo as particularidades de cada paciente. Sendo considerada também como um instrumento de processo assistencial do enfermeiro para garantir a qualidade da assistência de saúde (SOARES et al, 2015; SILVA et al, 2016).

Dessarte, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 358 de 15 de outubro de 2009, regulamenta a implementação da SAE e do Processo de Enfermagem (PE) nos serviços públicos e privados em que ocorra os cuidados de enfermagem. De acordo com a Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº

94.406/87, o profissional enfermeiro é responsável pela avaliação do PE, permitindo alcançar os resultados de enfermagem propostos, sendo privativamente executor dos diagnósticos, prescrições e intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

Assim, para a execução da SAE, é necessária a realização do PE, que se caracteriza como uma ferramenta de auxílio para promover a autonomia do enfermeiro, com o objetivo de favorecer o vínculo entre o profissional e o paciente e permitir a obtenção de dados com mais facilidade, proporcionando uma assistência integral e humanizada (SILVA et al 2016).

Desse modo, o PE se divide em cinco etapas, sendo elas: Coleta de dados, que tem a finalidade de obter informações precisas sobre o paciente, antecedentes familiares e pessoais e o histórico de sua patologia; Diagnósticos de enfermagem, caracteriza-se pelo processo de interpretação e agrupamentos dos dados coletados, resultando na tomada de decisão dos diagnósticos prioritários para determinado paciente, construindo a base para a organização das ações do cuidado; Planejamento de enfermagem, consiste na determinação dos resultados esperados e das intervenções que serão realizadas; Implementação de enfermagem, resume-se na realização das ações e intervenções planejadas e Avaliação de enfermagem, que baseia-se na análise das ações idealizadas e executadas, como também a avaliação e reavaliação da eficácia do PE no cuidado com o paciente (COFEN, 2009).

É responsabilidade do profissional enfermeiro propor e realizar intervenções de enfermagem do nível primário ao terciário, para identificar sinais e sintomas sugestivos de HG e prevenir o diagnóstico confirmado, como também intervir no tratamento da patologia (SILVA et al., 2017).

Deste modo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o profissional enfermeiro deve direcionar sua assistência para a detecção precoce, realizando o controle dos níveis pressóricos, pesquisando e avaliando edemas, monitorando o peso corporal e orientando quanto à alimentação e atividade física, considerando a individualidade e respeitando as devidas restrições, e os fatores de risco para o desenvolvimento da patologia, bem como solicitar e realizar os exames de rotina nas pacientes com suspeita de DHEG. As intervenções realizadas em pacientes com essa suspeita, tem a finalidade de prevenir e/ou diminuir as complicações materno-fetais, direcionando uma assistência de qualidade durante todo período gravídico-puerperal (SILVA; JESUS; PERES, 2018).

Já em ambiente hospitalar, a assistência de enfermagem baseia-se na tentativa de resolução dos problemas levantados, promovendo o conforto e melhoria da paciente, através das prescrições de enfermagem, fundamentadas cientificamente. Como exemplo de prescrições, pode-se citar: Repouso no leito, para diminuir a pressão sanguínea e o edema; não estimular o trabalho de parto prematuro; verificação do peso e edema da paciente, o aumento de peso e o edema pode indicar aumento ou diminuição da retenção líquida; avaliar sinais vitais (SSVV) a cada 4 horas, principalmente PA; avaliar o bem estar fetal através da ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) de 4 em 4 horas; realizar balanço hídrico, para avaliar a retenção de líquidos, assim como orientar quanto a alimentação, procedimentos que serão realizados e os sinais de trabalho de parto (FERREIRA; CAMPANA, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizadas com DHEG numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, no período gravídico-puerperal.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os sentimentos da paciente ao ser diagnosticada com DHEG;
- Identificar sinais e sintomas mais frequentes em DHEG;
- Definir os principais diagnósticos de enfermagem evidenciados;
- Propor intervenções de enfermagem diante achados encontrados na amostra.

4 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, misto com abordagem quantitativa e qualitativa. Um estudo descritivo tem como finalidade descrever particularidades de uma determinada população ou evento, utilizando ferramentas para a coleta de dados padronizadas, como questionários e uma observação sistemática. A pesquisa de abordagem qualitativa não utiliza medições numéricas para a interpretação dos dados, ela fundamenta-se em um processo analítico, que vai do individual ao coletivo. Tem a intenção de compreender as perspectivas, as opiniões e a visão sobre determinada realidade dos participantes, com base em entrevistas, análise de dados e discussão dos resultados obtidos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O cenário de pesquisa foi o setor materno-infantil de um hospital filantrópico no interior de Goiás na cidade de Anápolis, entre os dias 1 a 30 do mês de agosto de 2019. Anualmente cerca de 500 mil pessoas são atendidas advindas de 50 cidades do interior. Segundo dados disponibilizados pela instituição são realizados cerca de 13.153 atendimentos em obstetrícia, uma média de 420 partos mensais (baixo e alto risco), e é, portanto, referência no município para alto risco.

Foi realizada uma visita ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE) da instituição hospitalar para apresentação do projeto aos responsáveis pelo local e colhida a assinatura da declaração de instituição Coparticipante (Anexo A), bem como a assinatura do TAMUD (Termo de Autorização da Utilização dos Dados) – (Anexo B).

A amostra foi composta de 13 mulheres com diagnóstico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal, com idade acima de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito (Anexo C), conforme Resolução do Conselho Nacional da Saúde 466/2012.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e gravada em MP4, contendo perguntas abertas e fechadas referente aos sentimentos de pacientes diagnosticadas com DHEG no período gravídico-puerperal (Apêndice A). O ambiente da entrevista foi uma sala privativa destinada pela instituição, onde as coletas foram feitas individualmente, a participação das mulheres era voluntária e as mesmas tiveram autonomia para decidir participar ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem ser penalizada caso arrependa-se de ter assinado o TCLE.

Os dados coletados foram analisados utilizando a ferramenta de análise conteúdo de Bardin (2016), que trabalha com um conjunto de técnicas, de análise e de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos, as condições de produção e percepção das mensagens e de onde emergirão as categorias de análises e núcleo de sentido (BARDIN, 2016).

Segundo Bardin (2016) existem várias formas de fazer uma entrevista. Classificamos a entrevista com grau de não diretividade, são focalizadas, semiestruturadas, curtas e fáceis, devendo ser transcritas na íntegra, incluindo risos e hesitações. O diálogo ocorre através de uma fala totalmente espontânea, onde o entrevistado expressa sua vontade, representando livremente aquilo que viveu sentiu e pensou a respeito do caso. A análise das entrevistas é muito significativa e delicada, exige muito mais do que apenas uma investigação das respostas. Tem como objetivo, compreender através das falas dos participantes, a realidade do indivíduo ou da população (BARDIN, 2016).

Dessa forma, para melhor resultado, a análise dos dados foi dividida em três partes: Pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase de organização, onde será traçado as ideias principais, com o intuito de conduzir um esquema sistemático e preciso, e a transcrição do material na íntegra. É elaborado um plano de análise, atendendo as três missões estabelecidas: a escolha dos documentos para análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores da interpretação final (BARDIN, 2016).

A exploração do material é a fase mais longa e cansativa, é a tomada de decisão sistemática, ou seja, é realizado a codificação do material, que permite uma descrição das características próprias do conteúdo (BARDIN, 2016).

A fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consiste no tratamento significativo e válido dos resultados, realiza-se operações estatísticas, quadro de resultados, diagramas, figuras etc, dispondo as informações obtidas em relevo, podendo servir de base para outra análise de novas dimensões teóricas (BARDIN, 2016).

Após avaliação de todas as fases, são idealizadas as categorias, em que é realizada a classificação dos resultados através das características pré-definidas pelo analista e reagrupados em grupos, seguidos de um título (BARDIN, 2016).

A pesquisa envolveu seres humanos e atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Obteve o parecer favorável via Plataforma Brasil, pelo Comitê de ética da UniEVANGÉLICA sob o Parecer Nº 3.2019.034, e CAAE 03919318.2.0000.5076.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integrou o estudo um total de 13 participantes, destas a maioria eram puérperas (n=09/13) e a minoria gestantes (n= 04/13), cujas características sócio demográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio demográficas de gestantes / puérperas.

Anápolis-Go, 2019

Variáveis	N	%
FAIXA ETÁRIA		
20-30 anos	5	38,4
31-40 anos	7	53,8
>41 anos	1	7,6
Total	13	100,00
RAÇA/COR		
Parda	7	53,8
Branca	4	30,7
Negra	1	7,6
Outros	1	7,6
Total	13	100,00
ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	7	53,8
Fundamental completo	1	7,6
Médio incompleto	1	7,6
Médio completo	1	7,6
Superior	2	15,3
incompleto/cursando		
Superior completo	1	7,6
Total	13	100,00
ESTADO CIVIL		
Solteira	4	30,7
Noiva	1	7,6
União estável	4	30,7
Casada	4	30,7
Total	13	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras no período de outubro, 2019.

Observa-se que houve predominância de pacientes com idade de 31 a 40 anos (n=07/13). Em relação à raça/cor, mais da metade (n=07/13) das participantes relatam se considerar pardas. Quanto à escolaridade, (n=7/13) das participantes apresentaram baixo grau de escolaridade (ensino fundamental incompleto), sendo este um fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres, que podem ter dificuldades para interpretar informações. Ao observar o estado civil, houve igualdade entre solteira, casada e com união estável.

Os dados apresentados na tabela acima divergem do estudo realizado por Lima (2018), no qual a idade de maior prevalência foi de 18 a 34 anos, mais da metade casada e a maioria afirmava escolaridade de nível médio (LIMA et al., 2018).

Corroborando com esta pesquisa outro estudo, mostra a prevalência do perfil sócio demográfico, onde a idade média varia entre 20 e 39 anos, com baixa escolaridade, casada e de cor branca (SBARDELOTTO et al., 2018).

A tabela 2 mostra a distribuição das participantes conforme o perfil obstétrico das gestantes / puérperas para o diagnóstico de risco.

Tabela 2- Perfil obstétrico das gestantes / puérperas para diagnóstico de risco

Variáveis	N	%
Gestantes	4	30,7
Puérperas	9	69,2
Total	13	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras no período de outubro, 2019.

Observa-se a predominância de participantes em período puerperal (n=09/13), não sendo encontrado pesquisam que confirme o achado até o momento.

A tabela 3 mostra a distribuição da Idade gestacional (IG) atual em relação às participantes gestantes / puérperas em relação a descoberta do diagnóstico.

Tabela 3- Idade Gestacional (IG) das participantes, gestantes / puérperas em relação a descoberta do diagnóstico

Variáveis	N	%
IG ATUAL		
20-30 semanas	2	50
> 31 semanas	2	50
Total	4	100,00

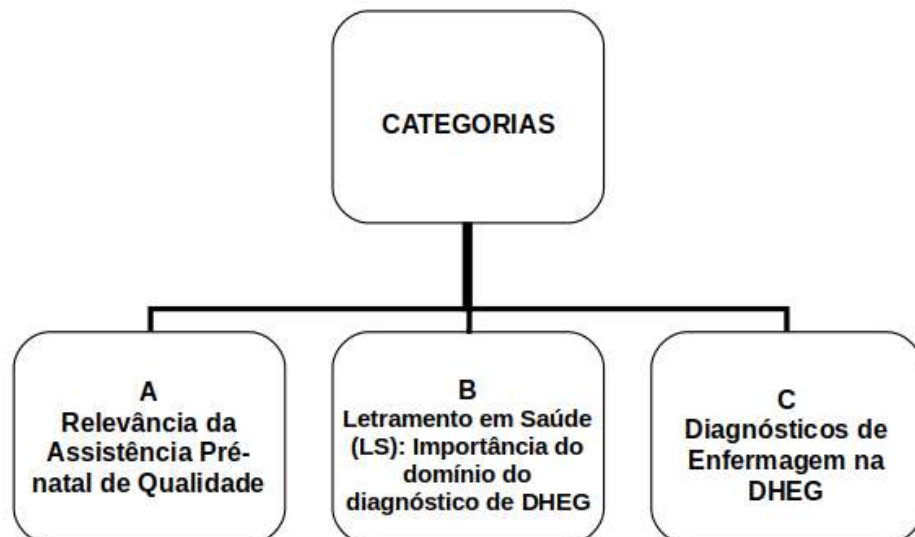
IG DIAGNÓSTICO		
1-10 semanas	3	23
11-20 semanas	1	7,6
21-30 semanas	5	38,4
31-40 semanas	4	30,7
Total	13	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras no período de outubro, 2019.

Ao analisar a tabela 3, a IG atual e a ser diagnosticada, observa-se que as participantes gestantes, tinham uma média entre 20 e >31 semanas gestacionais, e em relação à descoberta do diagnóstico, a maior parte foi diagnosticada com IG entre 21 a 30 semanas (n=5/13), seguida de participantes com IG maior que 31 semanas.

A análise criteriosa dos *corpus*, bem como dos dados contidos nos prontuários das participantes, reuniu as narrativas obtidas dentre todas as entrevistadas e deu origem a 03 (três) categorias temáticas, as quais estão dispostas e representadas, a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com gestante / puérperas com diagnósticos de risco (DHEG)



Fonte: Elaborada pelas autoras, outubro, 2019.

5.1 Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade

A descoberta da gravidez gerou nas participantes um misto de sentimentos, como susto, espera, surpresa, preocupação, estado de felicidade e a realização de um sonho, o que se considera normal, pois são sentimentos que estão presentes durante o período gestacional da maioria das mulheres.

“Eu estava sonhando (risos) era um sonho [...]” (Paciente 01)

“Uai (risos), uai, eu fiquei assustada, porque eu não queria engravidar agora [...]” (Paciente 05)

“Ah, felicidade, tudo que eu mais queria (risos) [...]” (Paciente 11)

“Ah, eu fiquei preocupada só, por conta da pressão, porque todas são assim [...]” (Paciente 12)

“Foi uma surpresa né [...]” (Paciente 10).

A descoberta da gestação para as mulheres implica em vários fatores, especialmente emocionais, podendo ser sentimentos distintos como a felicidade, a realização de um sonho, surpresa ou até mesmo a preocupação, contudo, estudos apontam que os sentimentos vivenciados na gestação podem mudar a cada trimestre, sendo comum no primeiro trimestre o sentimento de ambivalência, quando habitualmente se descobre a gestação, já no segundo trimestre a mulher assimila melhor a gravidez em razão do início dos movimentos fetais que proporcionam um equilíbrio emocional (LIMA et al., 2014).

Sendo assim, a presença de sentimentos positivos na descoberta da gestação, pode estar diretamente relacionado ao planejamento familiar, apoio do companheiro e/ou da família, ou simplesmente ao desejo da mulher de tornar-se mãe, mas se ocorre o oposto disto, essencialmente a falta de apoio familiar ou do companheiro, a mulher pode vivenciar sentimentos negativos como a desesperança, solidão ou até mesmo a rejeição da gravidez (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Desta maneira, durante a realização das entrevistas, notou-se que é essencial que não só o companheiro, mas também os grupos familiares estejam envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a chegada de um novo membro à família pode acarretar em medos e incertezas para a gestante, no entanto, quando há a participação, principalmente, do companheiro, a mulher sente-se mais segura frente a esses sentimentos.

Nessa perspectiva, a assistência PN tem como objetivo garantir o crescimento e desenvolvimento do bebê, promovendo um parto saudável e sem provocar riscos à

saúde da mãe. Para uma melhor e mais eficaz assistência, é importante o seu início precoce, até a 12^a semana de gestação, visto que o primeiro trimestre exige maiores cuidados. O número ideal de consultas durante a assistência é de no mínimo seis, sendo preferencialmente mensais até a 28^a semana de gestação, quinzenais até a 36^a semana de gestação, semanais até 41^a semana de gestação e uma consulta puerperal até 42 dias pós-parto (BRASIL, 2012).

Nesse interim, o acompanhamento PN é fundamental, pois através deste, o médico realiza as consultas PN de baixo risco intercaladas com o profissional enfermeiro, conseguindo detectar precocemente sinais e sintomas sugestivos de gestação de alto risco, e se confirmada, é realizado o encaminhamento dessas gestantes para as unidades de referência (BRASIL, 2006). Deve-se realizar um acolhimento com classificação de risco, para obter não apenas o diagnóstico, como também levantar prioridades clínicas que podem ser fatais, como no caso da DHEG (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a confirmação do diagnóstico de DHEG se dá pelo aumento da PA a partir da 20^a semana de gestação, podendo persistir até 12 semanas pós-parto. Nos casos em que a elevação da PA se dá antes da confirmação da gravidez, durante a gestação antes da 20^a semana e não se normalizando até 12 semanas pós-parto é considerada uma hipertensão arterial crônica (BRASIL, 2012).

Em concordância com o MS, no estudo foi identificado que a maioria das participantes tiveram seu diagnóstico confirmado de DHEG com idade gestacional maior que 20 semanas.

“25 e alguns dias que eu não sei quantos” (Paciente 02)

“A partir [...] 24 semanas de gravidez [...]” (Paciente 06)

“Depois de 25 semanas para frente” (Paciente 09)

“36 semanas” (Paciente 10)

No tocante ao diagnóstico preexistente de hipertensão arterial, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa realizada, no qual observou-

se que a maioria das participantes não possuíam diagnóstico prévio de hipertensão, o que as surpreendeu com a confirmação da DHEG. Uma minoria já possuía diagnóstico de hipertensão antes da gestação, conforme afirmações a seguir.

“Sim, desde os 23, eu tomo remédio controlado, benicar 40mg com HCT de 12,5” (Paciente 02)

“Eu sou hipertensa antes de engravidar” (Paciente 11)

“Não, só durante a gestação” (Paciente 13)

“Graças a Deus. Mais ou menos duas semanas pra cá que começou” (Paciente 01)

Ainda em concordância com o MS, em relação à sintomatologia, foi identificado nas respostas das pacientes, queixas como cefaleia, síncope, edemas e em alguns casos, apenas a elevação da PA.

"Eu sou assintomática, totalmente assintomática" (Paciente 2)

"[...] Muita dor de cabeça [...]" (Paciente 6)

"Vista escurecida [...]" (Paciente 9)

"Foi as pernas inchadas e dor de cabeça, dando ânsia de vômito" (Paciente 12)

A DHEG é caracterizada por uma tríade de sintomas (elevação da PA, proteinúria e edema). Na ausência da proteinúria, alguns sintomas são sugestivos, como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. O edema isolado não é considerado sugestivo, pois aparece com muita frequência nas gestantes (BRASIL, 2012).

A assistência PN, quanto a orientações específicas direcionadas ao diagnóstico da DHEG, acompanhamento e monitoramento de seus sinais e sintomas, aparecem de forma vaga.

“Sim. Na medida do possível o que dá pra seguir a gente segue né [...]”
(Paciente 04)

“Fui. (Risos) de vez em quando” (Paciente 07)

“Sim, comida mais sem sal, comidinha mais leve. Sim, menos a do exercício físico” (Paciente 08)

“Foi, foi sim. De alimentação sim, só de exercício físico que não” (Paciente 09)

O acompanhamento PN deve ser realizado de forma holística, voltada a prevenção de patologias, e qualificada, sendo um componente essencial para a detecção precoce de intercorrências e consequentemente redução de complicações e mortalidade materno-fetal (BRITO et al., 2015).

O MS preconiza uma assistência voltada para a prevenção de agravos e promoção de saúde. Os profissionais responsáveis, devem orientar as gestantes à frequentarem corretamente as consultas, bem como participar ativamente de grupos de apoio à gestante, onde serão realizadas orientações voltadas para a prevenção de doenças, como a DHEG (BRASIL, 2012).

O monitoramento em específico deixa a desejar, uma vez em que, as participantes em suas falas não compreendem a gravidade da comorbidade.

“Não, porque eu só fui em uma consulta” (Paciente 03)

“Não. Eu mesmo que ficava monitorando em casa, olhando com o medidor”
(Paciente 08)

Corroborando com o MS da saúde, no estudo realizado por Sbardelotto (2018), as gestantes que apresentem HG devem ser aconselhadas e esclarecidas quanto ao risco de adquirir uma hipertensão mais grave em gestações posteriores, como também alertar as pacientes hipertensivas sobre a chance da hipertensão se agravar durante a gestação (BRASIL, 2012; SBARDELOTTO et al., 2018).

5.2 Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG

Ao receberem a confirmação do diagnóstico de DHEG, o desconhecido levou as participantes a um misto de sentimentos e sensações. A evidência maior se deu para o sentimento relacionado a preocupação e ao medo.

“Fiquei preocupada, com medo” (Paciente 06)

“Ah a gente fica com medo né, porque pressão alta é perigoso. Senti medo e preocupação” (Paciente 11)

Em consonância com estudo realizado por Santana (2019), o diagnóstico de DHEG só é revelado para a paciente no momento de sua internação devido o agravamento da sintomatologia, gerando então sentimentos de medo, susto, preocupação, desespero e ansiedade. Em muitos casos, o suporte emocional é deixado de lado pelos profissionais, preocupam-se apenas com os cuidados clínicos, não demonstrando empatia para com as pacientes e nem esclarecendo as dúvidas acerca do diagnóstico (SANTANA, et al 2019).

Ao serem questionadas sobre o conhecimento acerca da comorbidade, a maioria das participantes afirmam ter conhecimento superficial, podendo até mesmo ser considerado mínimo sobre o assunto. Ainda, evidencia-se a perda da oportunidade por parte dos profissionais de saúde de no momento do pré-natal ou até mesmo no centro de convivência do alojamento conjunto de orientar as participantes.

“[...] Só fala de pressão alta né [...]” (Paciente 01)

“Não muito, estou começando a entender agora” (Paciente 04)

“[...] Só fala que é pressão alta, mas eu nunca me preocupei não, procuro não me preocupar com esse trem não, acho que é pior [...]” (Paciente 05)

O letramento em saúde consiste na competência e habilidade dos profissionais em compreender as informações básicas para funcionamento dos serviços de saúde, favorecendo as tomadas de decisões frente a cada caso. A ineficácia do letramento em saúde, associada com uma comunicação ineficaz por parte de toda a equipe, influencia nos resultados e na qualidade dos atendimentos,

estando associado com a diminuição dos serviços de promoção e prevenção da saúde (MARAGNO; LUIZ, 2016).

Desta maneira, torna-se importante o uso das tecnologias do cuidado em saúde, que se caracteriza por toda forma de conhecimento para resolver ou minimizar os problemas de saúde da população, qualquer intervenção relacionada à promoção, prevenção e reabilitação. Divide-se em: leve (vínculo e humanização), leve-dura (saber estruturado e protocolizado) e dura (máquinas e aparelhos) (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

As tecnologias leves baseiam no processo de humanização e com o passar do tempo, a implementação desse tipo de tecnologia vem sendo ineficaz, visto que as tecnologias duras estão cada vez mais presentes, permitindo que os profissionais deixem de lado as relações interpessoais e afetivas. Em uma pesquisa realizada por Lima (2018), pode-se constatar que há uma perda notória do cuidado afetivo e da humanização, sendo substituído por tecnologias duras (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Por esse motivo é necessário continuar e implementar reuniões de apoio com as gestantes nas UBS, reforçando o uso e a importância das tecnologias leves, com atividades educativas que estimulem protagonismo, individualidade e troca de experiências. Foi constatado em pesquisa realizada por Queiroz (2016) que o grupo de gestantes promove aproximação com o profissional enfermeiro, favorecendo uma maior segurança e confiança para expor dúvidas, queixas, sentimentos e interagir com as outras participantes (QUEIROZ et al., 2016).

O grupo proporciona às pacientes, interesse em questionar sobre todos fenômenos da gravidez, informações sobre todo o período gravídico-puerperal, além de proporcionar discussões a respeito dos cuidados a serem prestados, com o intuito de promover nas pacientes sentimentos de sensibilidade e aceitação (KLEIN; GUEDES, 2008).

Queiroz (2016) ressalta ainda a importância da comunicação e escuta qualificada por parte do profissional para estabelecer vínculo com a paciente e mantê-la presente no grupo ativamente e reconhecer a unidade de saúde como um ambiente de apoio e confiança (QUEIROZ et al., 2016).

Em discordância com a literatura, aparece uma fala em isolado onde se evidencia o letramento funcional em saúde ineficaz tanto por parte da participante quanto do profissional de saúde.

“Não. O rapaz que eu estou fazendo o pré-natal, ele falou que era normal, que isso num dá nada não” (Paciente 08)

Sabe-se que uma gestante com diagnóstico confirmado de DHEG deve ser acompanhada por uma assistência PN de alto risco ou ser encaminhada diretamente para uma emergência obstétrica, devido ter aumento significativo da probabilidade de intercorrências que podem evoluir para óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012).

É necessário que os profissionais da área, realizem ações de educação em saúde, principalmente no grupo de gestantes, a fim de promover o autocuidado e estimular a prevenção de comorbidades, como a DHEG. Para isso, deve-se orientar quanto às mudanças no estilo de vida e adoção de alimentação e hábitos saudáveis, diminuindo assim, os índices de complicações durante a gestação (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018).

Pode-se inferir que Paulo Freire, foi um revolucionário que influenciou as práticas de educação, podendo citar as técnicas de aprendizagem, comunicação, abordagem da linguagem contemporânea, dentre outras. Estas práticas estão diretamente ligadas à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes, dado que, o profissional é considerado um educador em saúde (MIRANDA; BARROSO, 2004).

O atual modelo de educação deve muito ao estudioso. Este teve participação importante na enfermagem, incorporando a reflexão crítica e problematizada, uma vez que o contemporâneo buscava desmistificar o conceito que o paciente é apenas o receptor passivo (RIBEIRO, 2013).

Em consequência, observa-se que no cotidiano, grande parte dos profissionais de saúde não demonstra domínio na comunicação efetiva e na educação em saúde, atuando apenas no cuidado tecnicista, ausentando-se da responsabilidade de educador e preceptor de orientações (OTANI, 2013).

5.3 Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)

A coleta de dados realizada junto as participantes, bem como no manuseio de seus prontuários, permitiu uma associação de achados clínicos e patológicos,

que nos levou a identificar os principais diagnósticos de enfermagem acometidos pela DHEG.

Pode-se evidenciar que a complexidade da citada patologia, além de requerer da equipe de enfermagem assistência clínica eficaz e eficiente, demanda, também, atividades educativas que visam à estruturação física e emocional das gestantes / puérperas para redução dos agravos decorrentes da doença e ao empoderamento delas na busca de assistência qualificada (REINERS et al., 2009; FERREIRA et al., 2016).

No quadro 1 a seguir está descrito os principais diagnósticos de enfermagem encontrados, seus fatores relacionados e suas características definidoras.

Quadro 1- Distribuição das gestantes / puérperas hipertensas segundo os diagnósticos de enfermagem encontrados. Anápolis-GO, 2019.

Título	Fatores Relacionados	Características Definidoras	N	%
Letramento Funcional em Saúde Ineficaz	Dificuldade de compreensão da patologia	Falta de conhecimento sobre a patologia.	10	76,92
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico	Dificuldade com o regime prescrito.	09	69.23
Manutenção Ineficaz da Saúde	Estratégias de enfrentamento ineficazes	Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.	07	53.84
Débito cardíaco diminuído	Pré e pós-carga alterada	Edema, fadiga e ansiedade.	05	38.46
Volume Excessivo de Líquido	Ingesta excessiva de sódio e retenção de líquidos	Alteração da pressão sanguínea, edema e ganho de peso em curto período.	07	53.84
Conforto Prejudicado	Sintomas relacionados à doença	Desconforto com a situação, alteração no padrão de sono e incapacidade de relaxar.	06	46.15
Dor Aguda	Agente lesivo biológico	Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor.	04	30.76
Ansiedade	Ameaça à condição atual	Incerteza, medo, nervosismo e ameaça à condição atual.	08	61.53

Padrão de Sono Prejudicado	Padrão de sono não restaurador (práticas de maternidade)	Dificuldade de iniciar e manter o sono.	04	30.76
Padrão da sexualidade alterado;	Falta de habilidades quanto a alternativas relativas à sexualidade	Alteração na atividade sexual e Dificuldades na atividade sexual.	06	46.15
Medo	Cenário pouco conhecido	Aumento da pressão arterial e Aumento da tensão e foco direcionado para a fonte do erro.	07	53.84
Processos Familiares Interrompidos	Mudança do estado de saúde de um membro da família	Mudança na participação para a solução de problemas e Mudança na somatização	04	30.76

Fonte: Elaborada pelas autoras, outubro, 2019.

Pode-se observar que o diagnóstico mais prevalente, foi o de letramento funcional em saúde ineficaz, posto que a maioria das pacientes desconhecesse sobre sua patologia, bem como os riscos ao binômio e poucas demonstravam interesse em entender sobre a comorbidade que a acometia.

Outro diagnóstico que chamou a atenção das pesquisadoras foi o de ansiedade, comprovado pelos relatos de pacientes, acerca da gravidade de seu caso. Muitas se demonstravam preocupadas com os riscos futuros, gerando um misto de emoções, incluindo a ansiedade para ir embora e poder ficar com o seu bebê. Algumas pacientes diziam não se sentir preocupadas, mas era perceptível a preocupação das mesmas através de uma linguagem não verbal.

No estudo de Reiners (2009), o diagnóstico de ansiedade mostrou-se diretamente relacionado aos sentimentos das pacientes sobre as sequelas que poderiam afetar o bebê e a si mesmo, sendo sugeridas para este caso, formas de prevenção para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva, através de oficinas e educação em saúde (REINERS et al., 2009).

Interligado com o diagnóstico de ansiedade, foi evidenciado o de medo, as pacientes gestantes relatavam durante as entrevistas que tinha muito medo do parto devido a síndrome. E no caso das puérperas, o maior medo era acontecer algo mais grave e não poder ficar com o bebê.

Diante disso, foram identificados os diagnósticos de controle ineficaz do regime terapêutico e manutenção ineficaz da saúde evidenciada pela ausência de interesse em prosseguir com o tratamento corretamente e por não demonstrar interesse em condutas para prevenção.

Indo de acordo com o estudo de Aguiar (2010), o edema é caracterizado pelo acúmulo de líquido entre os tecidos, podendo ser localizado ou generalizado, evidenciando o diagnóstico de volume excessivo de líquido (AGUIAR et al., 2010). Na pesquisa, as maiorias das participantes queixaram-se da presença de edema, além de ter sido visualizado pelas pesquisadoras, o que favoreceu a identificação deste diagnóstico.

Concordando com a pesquisa de Herculano (2011), foi confirmado o diagnóstico de conforto prejudicado. Durante a entrevista, era perceptível o desconforto das pacientes diante da hospitalização, demonstram não se sentir bem e desejavam a volta para casa, onde poderiam descansar (HERCULANO et al., 2011).

Ainda corroborando com Herculano (2011), o diagnóstico de dor aguda, foi evidenciado através de relatos. No estudo citado, as pacientes caracterizavam as dores como intensidade leve, subentende-se então que a equipe de enfermagem estava atuando de forma eficaz para a diminuição da queixa (HERCULANO et al., 2011). De acordo com Aguiar (2010), a dor relatada pelas pacientes está ligada ao aumento e a presença de hormônios que induzem o relaxamento de tecidos, permitindo maior mobilidade das articulações (AGUIAR et al., 2010).

Em relação ao diagnóstico de débito cardíaco diminuído, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa. O diagnóstico foi evidenciado pelas pesquisadoras principalmente por alterações na pré e pós-carga cardíaca, devido a presença de edema, fadiga, ganho de peso, alterações da pressão e em alguns casos, dispneia.

O diagnóstico de padrão de sono prejudicado corrobora com o estudo de Reiners (2009) e Aguiar (2010), no qual a evidência maior se deu através de relatos de ansiedade, medo, preocupação e desconforto do ambiente hospitalar (REINERS et al, 2009; AGUIAR et al., 2010).

Em concordância com Reiners (2009), os diagnósticos de padrão da sexualidade alterado e processos familiares interrompidos se deram principalmente ao psicológico afetado das participantes, dado que a patologia gerou vários

sentimentos de preocupação e medo, onde em grande maioria não era observado apoio familiar (REINERS et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da realização da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da síndrome. Durante a assistência PN, as pacientes deveriam ter sido claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como, ter tido suas dúvidas sanadas.

É notório a ausência de uma assistência de qualidade e um letramento em saúde, haja vista em muitos casos não houve orientações corretas sobre, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia.

Em parte, houve orientações sobre os meios de prevenção pelos profissionais, mas em contrapartida, as pacientes não seguiam essas orientações, o que favoreceu no surgimento e/ou agravamento da comorbidade.

Para melhorar a assistência PN, sugere-se que sejam realizadas capacitações e educação permanente para os profissionais do setor, em busca de melhoria do atendimento oferecido e garantia de humanização da assistência. Através disso, espera-se que os índices de complicações e óbitos materno-fetais diminuam.

Após levantados os diagnósticos de enfermagem para pacientes com DHEG, foi elaborado um quadro contendo as intervenções necessárias para facilitar na leitura e auxiliar no desenvolvimento da SAE pelos profissionais atuantes.

Quadro 2- Intervenções de enfermagem NIC para os diagnósticos encontrados nas pacientes com DHEG. Anápolis-GO, 2019.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Letramento Funcional em Saúde Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação em grupos de apoio; • Esclarecer as dúvidas mais frequentes das pacientes; • Realizar orientações sobre a patologia, fisiopatologia, tratamento e gravidade.
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar letramento em saúde das participantes; • Orientar quanto à importância da terapêutica realizada; • Realizar educação em saúde sobre a patologia e o tratamento.
Manutenção Ineficaz da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação; • Estimular o paciente a dirigir-se ao departamento de emergência, se adequado; • Avisar o paciente sobre consultas agendadas, conforme apropriado.
Débito cardíaco diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; • Monitorar sinais vitais com frequência; • Promover a redução do estresse.
Volume Excessivo de Líquido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar localização e extensão do

	<p>edema, se presente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar médico se os sinais/sintomas de excesso de volume de líquidos persistirem ou piorarem; • Monitorizar indicações de sobrecarga/retenção de líquidos.
Conforto Prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente calmo e de apoio; • Proporcionar um ambiente seguro e limpo; • Determinar as origens do desconforto.
Dor Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; • Investigar com a paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; • Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor (ex: medo, cansaço, monotonia e falta de informação).
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e tranquilizadora; • Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a paciente possa ter durante o procedimento; • Orientar a paciente sobre uso de técnicas de relaxamento
Padrão de Sono Prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir;

	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com a paciente e a família sobre técnicas para melhorar o sono; • Adaptar o ambiente para promover o sono.
Padrão da sexualidade alterado;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a função sexual, conforme apropriado; • Encorajar a paciente a verbalizar medos e a fazer perguntas; • Discutir sobre o efeito da situação/doença na sexualidade.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a paciente a identificar os fatores que desencadeiam o medo; • Propor medidas que aliviam o medo; • Promover apoio para minimizar os fatores desencadeantes do medo.
Processos Familiares Interrompidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os membros da família a usar os mecanismos de apoio existentes; • Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação; • Encorajar a manutenção do contato com os membros da família, conforme apropriado.

Fonte: Elaborada pelas autoras, novembro, 2019.

Ao propor as intervenções, espera-se que a equipe de enfermagem atue de forma humanizada, atendendo as queixas das pacientes e promovendo uma assistência qualificada.

Com a realização da pesquisa, foi possível observar que é de suma importância uma assistência PN, uma vez que, durante as consultas é possível identificar fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades evitáveis, e se caso constatado patologias, encaminhá-las para a assistência qualificada de acordo com cada caso.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Isis Freire de et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027972007.pdf>. Acesso em: 23, nov de 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL, M. S. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** [internet]. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 17/11/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 23, Ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 12, out de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 05, nov de 2019.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves et al. The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 2717-2725, julho 2015. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3749>. Acesso em: 01 out de 2019. DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725>.

BULECHEK, Glória, M; BUTCHER, Howard, K; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5 ed., Rio de Janeiro, Elsevier: 2010.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **Decreto nº 94.406/87 Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e da outras providências. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 07, Out. 2019.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em :http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 11 de Nov de 2019.

COZENDEY, Aline Guedes et al. Análise Clínica E Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da Gestação. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/26>. Acesso em 04 Out, 2019.

DOMINGUES, Flávia; PINTO, Flávia Santos; PEREIRA, Valdina Marins. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 150-154, dez. 2018. ISSN 1984-4840. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/30648>. Acesso em: 22 nov. 2019. DOI :<https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i3a6>.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. Orientações e Recomendações, nº 08. São Paulo: 2017.

FERREIRA, Eilen Tainá Matos et al. Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes. **Rev Rene**. 2019; 20: e40327. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/40327>. Acesso em: 01, Nov 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040327.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al . Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo. v. 50,n. 2, p. 324-334, Apr. 2016 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342016000200324&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Nov. 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>.

GASPARIN, Vanessa Aparecida et al. Atividade física em gestantes como prevenção da síndrome hipertensiva gestacional. **Revista de Enfermagem UFPE online - Qualis B2**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1017-1026, abr. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230733/28660>. Acesso em: 01 out. 2019. DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230733p1017-1026-2018>.

HERCULANO, Marta Maria Soares et al. APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL FUNDAMENTADA EM OREM. **Rev Rene**. Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):401-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975026.pdf>

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. {Tradução de Regina Machado Garcez}. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015

JUNIOR, Antonio Rodrigues Ferreira et al. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Rev. baiana saúde pública**, v. 41, n. 3, p., Mai. 2018. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/326789386_O_ENFERMEIRO_NO_PRE-NATAL_DE_ALTO_RISCO_PAPEL_PROFSSIONAL. Acesso em: 05, Out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524>, 2018.

KERBER, Guenevere de Franceschi; MELERE, Cristiane. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **RevCuidatBucaramanga**, v. 8, n. 3, p. 1899-1906, Dez. 2017. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301899&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Out, 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, Vol. 28, Nº. 4, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6154177>. Acesso em: 15, nov de 2019.

LANGARO, Fabíola; SANTOS, Andrea Hellena dos. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 625-642, Set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso. Acesso em; 02 Nov. 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.

LIMA, Adeânio Almeida; JESUS, Daniele Santos de; SILVA, Tainara Leal. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280320, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312018000300615&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15Nov. 2019.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280320>.

LIMA, Joseline Pereira et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Rev Rene**. Ceará , 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33813/pdf_1_ Acesso em: 02, Out, 2019. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193455

MARAGNO, Carla Andréia Daros; LUIZ, Paloma PaveiVotri. LETRAMENTO EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Iniciação Científica**, Criciúma, v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2672/2480>. Acesso em: 15, nov de 2019.

MARIANO, Maria Sâmia Borges et al. Mulheres com síndromes hipertensivas. **Journal of Nursing UFPE online - Qualis B2**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 1618-1624, jun 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230780/29197>. Acesso em: 01 Out, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963v12i6a230780p1618-1624-2018>.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 4, p. 631-635, Aug. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21, nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400008>.

OLIVEIRA, Gleica Sodr  de et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31392&indexSearch=ID>. Acesso em 03 Out, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374>

OLIVEIRA, Kátia Karine Pessoa Andrade de et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 10, n. 5, p. 1773-1780, 2016.

ORGANIZA O MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomenda es da OMS para a preven o e tratamento da pr -eclâmpsia e eclâmpsia**. Brasília: OMS; 2014.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan. COMUNICA O ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTE: percep es de mulheres com câncer de mama. Tese de Doutorado. Unicamp. Campinas- SP, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-911325>. Acesso em: 21 nov de 2019.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al . Grupo de gestantes adolescentes: contribui es para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016 . Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05Nov. 2019.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 232-237, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/184>. Acesso em: 11 de nov de 2019.

RIBEIRO, Fernanda Pereira. Paulo Freire na Comunicação e os Meios de “Comunicados”. **Rizoma**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, p. 78-91, dez. 2013. ISSN 2318-406X. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/rizoma/article/view/4058>. Acesso em: 22 nov. 2019. DOI :<https://doi.org/10.17058/rzm.v1i2.4058>.

SAMPIERI, Roberto Hernández ; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista **Metodologia de pesquisa**. 5 ed., Porto Alegre, PENSO: 2013.

SANTANA, Rosane da Silva et al. Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré- eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Fortaleza, v.11, set. 2019. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1425/818>. Acesso em: 11 de nov de 2019. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e1425.2019_

SBARDELOTTO, Taizeetal . CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS. **Cogitareenferm.**, Curitiba , v. 23,n. 2, e53699, 2018 . Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362018000200314&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53699>.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Vol: 107, nº03, Supl. 3. Rio de Janeiro, Set, 2016.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 3,p. 387-392, June 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. de2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>.

SILVA, Alana Moreira da et al. O ENFERMEIRO PERANTE A HIPERTENSÃO GESTACIONAL. **Revista Iniciare**, Campo Mourão, v.2 nº.1 p. 22-26, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/iniciare/article/view/2378/872>. Acesso em: 12 de nov de 2019.

SILVA, Daylane Fernandes da; JESUS, Érica Gomes; PERES, Lídia Câmara Peres. Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação. **Rev. Faciplac**, Brasília, v.2 nº.2, Ago. 2018. Disponível em:

<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/viewFile/575/210>. Acesso em: 12 de nov de 2019.

SILVA, Rudval Souza da et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EQUIPE. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328>. Acesso em: 12 nov. 2019. DOI:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.803>.

SOARES, Mirelle Inácio et al . Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1,p. 47-53, Mar. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12, nov de 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>.

SOUSA, Deise Maria do Nascimento. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Rev.enferm UERJ**, Rio de Janeiro, jul/ago 2014; Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a11.pdf>. Acesso em: 02 out 2019.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA**. Realizada pelas discentes **Nádia Ferreira Silva Santos** e **Sinara Gomes Moura**, telefone de contato (62) 9090-99137-1144 e e-mail nferreirasilvasantos@gmail.com; (62)9090-99134-3290 e e-mail sinara_gomesm@hotmail.com, matriculadas no Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora Doutoranda **Meillyne Alves dos Reis** (62)9090-99137-1144 e e-mail meillynealvesdosreis@yahoo.com.br, a fim de desenvolver Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, as pesquisadoras garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo geral: Identificar os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizadas com DHEG numa maternidade filantrópica no município de

Anápolis-Go, no período gravídico-puerperal. Fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar uma sala privativa da instituição, onde será realizada uma entrevista semiestruturada, com questionário contendo perguntas abertas e fechadas referente aos sentimentos vivenciados por elas durante o período gestacional e puerperal imediato, as respostas serão gravadas em um MP4 para posterior análise e transcrição na íntegra.

Haverá riscos em virtude do contato direto com mulheres no puerpério imediato e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período gravídico-puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência e sentimentos, em especial quando não tenha conseguido desempenhar adequadamente as orientações fornecidas no processo gestacional e parturitivo. Ao menor sinal de desconforto demonstrado pela participante, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a vontade da participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja viável, em outra ocasião. Caso seja percebido a impossibilidade dessa continuidade da entrevista ou até mesmo da desistência da participação o TCLE poderá ser retirado sem ocasionar nenhum dano ou constrangimento a participante.

Quanto aos benefícios, estes poderão ser diretos e indiretos. É possível a existência de casos que o simples fato de conversar sobre o assunto possa se revelar como momento terapêutico e isso contribuir para que a participante se sinta melhor. À própria participante também se prevê benefício indireto, pois o compartilhamento de experiências sobre o tema proposto poderá contribuir para a produção de estudos e ações que potencialmente poderá influenciar positivamente em suas futuras gestações e também partos considerados de alto risco devido ao mesmo diagnóstico de DHEG.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução 466/2012.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo

da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de 2019.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Solicitamos autorização para manusear prontuários, desta instituição/unidade, para a realização do projeto intitulado **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA**. Orientado pela professora Doutoranda Meillyne Alves do Reis (docente do curso de enfermagem do Centro Universitário de Anápolis/GO) e desenvolvido pelas acadêmicas **Nádia Ferreira Silva Santos** e **Sinara Gomes Moura**, telefone de contato (62) 9090-99137-1144 e e-mail nferreirasilvasantos@gmail.com; (62)9090-99134-3290 e e-mail sinara_gomesm@hotmail.com, matriculadas no Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, a fim de desenvolver Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sendo esta uma das exigências do curso.

O projeto tem por objetivo geral: Identificar os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizadas com DHEG numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, no período gravídico-puerperal.

Os dados serão coletados após a aceitação e assinatura da Unidade do Termo de Autorização da Utilização dos Dados em questão e da assinatura da Declaração de Instituição coparticipante. A coleta de dados acontecerá em uma sala privativa designada pela instituição, ao manusear prontuários será preenchido um instrumento estruturado, em forma de checklist, contendo perguntas fechadas referente diagnóstico de enfermagem a gestantes / puérperas com DHEG.

Há riscos pequenos se ao acaso alguém se identificar parte integrante do estudo, mas no ato da coleta dos dados a parturiente será convidada a participar do estudo com consequente assinatura do TCLE, configurando a existência do risco em virtude do contato direto com as participantes, que estão sujeitas ao constrangimento de responder perguntas que envolva sua vida particular e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Se acontecer o risco, interromperemos a entrevista e questionaremos quanto à continuidade de sua participação e ofereceremos o nosso apoio. Em caso positivo daremos a continuidade, em caso negativo, será retirado o TCLE sem ocasionar dano algum a participante do estudo.

Os dados obtidos com o presente estudo serão divulgados, exclusivamente, em revistas científicas e/ou eventos acadêmicos e científicos, com a finalidade de realização de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo garantida a fidedignidade de reprodução dos resultados, deixando a unidade ciente de que as identidades das gestantes e puérperas pesquisados por meio de prontuário e por meio de contato direto terão os seus nomes substituídos por números. As informações coletadas serão armazenadas em local seguro, mantido em sigilo e serão incineradas após cinco anos pelos pesquisadores.

Este trabalho atende aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados serão coletados somente após parecer favorável da Plataforma Brasil.

Anápolis, ____ de _____ de 2019.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos prontuários da Unidade.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA**. Desenvolvida por **Nádia Ferreira Silva Santos** e **Sinara Gomes Moura**, acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação da Professora Doutoranda **Meillyne Alves dos Reis**. O objetivo do estudo é: identificar os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizados com DHEG numa maternidade pública no município de Anápolis-Go, no período puerperal.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser uma paciente com diagnóstico de gravidez de alto risco e requerendo cuidados especiais. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar do estudo, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não

consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, qualquer dado que possa te identificar será preservado na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo. Informamos que sua identidade em nenhum momento será divulgada, para isto substituiremos então, seu nome por números.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário do projeto. Sendo que esta será gravada em um mp4, após sua autorização e terá o tempo pré-determinado de 30 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos seis anos, após isto serão incinerados.

Haverá riscos em virtude do contato direto com mulheres gestantes e no puerpério imediato e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período gravídico-puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência e sentimentos, em especial quando não tenha conseguido desempenhar adequadamente as orientações fornecidas no processo gestacional e parturitivo. Ao menor sinal de desconforto demonstrado pela participante, será questionado quanto à continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a vontade da participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja viável, em outra ocasião. Caso seja percebido a impossibilidade dessa continuidade da entrevista ou até mesmo da desistência da participação o TCLE poderá ser retirado sem ocasionar nenhum dano ou constrangimento a participante.

Quanto a participante, prevê-se o benefício direto e indireto. É possível a existência de casos que o simples fato de conversar sobre o assunto possa se revelar como momento terapêutico e isso contribuir para que se sinta melhor. À própria participante também se prevê no benefício indireto, pois o compartilhamento de experiências sobre o tema proposto poderá contribuir para a produção de

estudos e ações que potencialmente poderão influenciar positivamente em suas futuras gestações e também partos considerados de alto risco devido ao mesmo diagnóstico de DHEG.

Os dados obtidos com o presente estudo serão divulgados, exclusivamente, em revistas científicas e/ou eventos acadêmicos e científicos, sendo garantida a fidedignidade de reprodução dos resultados. As informações serão coletadas apenas após a aceitação e assinatura desse Termo, sendo este disponibilizado em duas vias, sendo uma via sua e a outra para os pesquisadores.

Assinatura da Pesquisadora Responsável-UniEVANGÉLICA

Assinatura da Pesquisadora Responsável-UniEVANGÉLICA

Contato das Pesquisadoras:

Pesquisadora Responsável: Doutoranda Meillyne Alves dos Reis.

Pesquisadoras participantes: Nádia Ferreira Silva Santos e Sinara Gomes Moura

Telefone para contato: (62) 9090-99137-1144; (62)9090-9.9850-7875; (62)9090-9.9134-3290.

E-mail (s): meillynealvesdosreis@yahoo.com.br/ nferreirasilvasantos@gmail.com/
sinara_gomesm@hotmail.com

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Anápolis, _____ de _____ de 2019.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em

contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel. e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA**

Eu, _____

RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora _____

sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel. e Fax - (0XX) 62- 33106736 E-Mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)

Pesquisador: MEILLYNE ALVES DOS REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03919318.2.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.034

Apresentação do Projeto:

5 METODOLOGIA

5.1 Tipologia

Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa realizada em campo. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (LAKATOS, 2011). A pesquisa descritiva é a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos (GIL, 2008).

O foco da pesquisa qualitativa não é a representação numérica, mas sim o estudo para a percepção e compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Ao utilizar os métodos qualitativos os pesquisadores devem buscar explicar o porquê das coisas, discorrendo o que convém ser feito (GERHARDT, SILVEIRA 2009).

5.2 Cenário da pesquisa

Maternidade de um hospital filantrópico no interior de Goiás na cidade de Anápolis. Hoje ele atende anualmente cerca de 500 mil pessoas advindas de 50 cidades do interior. Segundo dados

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.063-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-5738

Fax: (62)3310-6806

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 3.209/036

disponibilizados

peia instituição são realizados anualmente 13.153 atendimentos em obstetria realizados em media 328 partos mensais.

5.3 Amostra

A amostra será de conveniência onde serão coletadas todas as mulheres que derem entrada no hospital no periodo compreendido entre 1º a 30º dia do mês de janeiro de 2019. A instituição realiza em média cerca de 280 partos mensais e atende tanto baixo quanto alto risco para assistência obstétrica e é, portanto referência no município para alto risco. Estima-se uma amostra de aproximadamente 15 mulheres com diagnóstico confirmado de DHEG, visto que essas devem atender aos critérios de inclusão, ou até que ocorra a saturação dos dados.

5.3.1 Critério de inclusão das participantes no estudo:

Os critérios de inclusão das participantes serão:

- Puérperas acima de 18 anos;
- Puérperas no exercício do alojamento conjunto;
- Puérperas com diagnóstico confirmado de DHEG;
- Puérperas que assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

5.3.2 Critério de exclusão das participantes no estudo:

Puérperas que não atendam aos critérios de inclusão.

5.4 Coleta de dados

5.4.1 Preparo do campo

Irá ser realizada uma visita à instituição hospitalar para o encaminhamento do ofício para a permissão da realização da pesquisa de campo e ainda para exposição do projeto aos responsáveis pelo local, se aprovarem a participação do estudo e assinarem o documento de instituição coparticipante (Apêndice 01).

5.4.2 Instrumentos e Procedimentos

O instrumento de coleta de dados será aplicado após parecer favorável do CEP da UNIEVANGÉLICA.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANÁPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-8636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA**



Continuação do Protocolo: 3.209/034

Centro Universitário de Anápolis/GO via Plataforma Brasil. As informações serão coletadas no setor materno infantil de uma instituição filantrópica de Anápolis/GO, no de 1º a 30º de janeiro de 2019. Posteriormente será esclarecido verbalmente o objetivo do estudo e logo após requerido a documentação assinada pelos participantes Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). (Apêndice 02).

Quando houver a aceitação para a participação da pesquisa e após a assinatura do TCLE, iremos a uma sala privativa da instituição onde as pesquisadoras irão explicar como irá decorrer a pesquisa e quais os benefícios que a pesquisa irá ter, podendo ter uma recusa por meio das participantes antes e durante a coleta de informações sem acarretar dano algum. No decorrer da entrevista será utilizado um gravador MP4, desde que haja consentimento da paciente, além disso, usaremos um instrumento semi-estruturado (Apêndice 03), contendo 10 (dez) perguntas abertas e fechadas relacionadas ao diagnóstico, sinais e sintomas de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). O tempo médio da entrevista é cerca de 30 (trinta) minutos.

Objetivo da Pesquisa:

4.1 Objetivo geral

Analisar os diagnósticos de enfermagem evidenciados em pacientes hospitalizados com DHEG numa maternidade pública no município de Anápolis-Go, no período puerperal.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar sinais e sintomas mais frequentes em DHEG;
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem evidenciados;
- Propor intervenções de enfermagem mediante achados encontrados na amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

5.6 Riscos e benefícios

5.6.1 Benefícios

Quanto aos benefícios, estes poderão ser diretos e indiretos. É possível a existência de casos que o simples fato de conversar sobre o assunto possa se revelar como momento terapêutico e isso contribuir para que a participante se sinta melhor. A própria participante também se prevê benefício indireto, pois o

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6738 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Protocolo: 3.209.034

compartilhamento de experiências sobre o tema proposto poderá contribuir para a produção de estudos e ações que potencialmente poderá influenciar positivamente em suas futuras gestações e também partos considerados de alto risco devido ao mesmo diagnóstico de DHEG.

Riscos

Haverá riscos em virtude do contato direto com mulheres no puerpério imediato e considera-se que a pesquisa apresenta risco mínimo à participante. Acredita-se que estes estejam relacionados a aspectos psicoemocionais, uma vez que o período puerperal é também rico na mobilização de sentimentos da mulher. Assim, pode-se pensar em algum constrangimento para expor sua experiência e sentimentos, em especial quando não tenha conseguido desempenhar adequadamente as orientações fornecidas no processo gestacional e parturitivo.

Ao menor sinal de desconforto demonstrado pela participante, será questionado quanto a continuidade de sua participação e oferecido apoio pela pesquisadora. Será respeitada a vontade da participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja viável, em outra ocasião. Caso seja percebido a impossibilidade dessa continuidade da entrevista ou até mesmo da desistência da participação o TCLE poderá ser retirado sem ocasionar nenhum dano ou constrangimento à participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa realizada em campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados em conformidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6738 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer 3.209/034

As pendências, de projeto e TCLE , descritas abaixo foram atendidas em conformidade.

PENDÊNCIA 1 - Na metodologia deve estar descrito tempo médio para responder questionário (entrevista) além de descrever número de questões e tema destas.

Pendências no TCLE

PENDÊNCIA 2 - Assim como no projeto, no TCLE deve estar descrito o tempo médio para responder questionário (entrevista) além de descrever número de questões e tema destas.

Atendendo estas pendências, o pesquisador realizou seguinte descrição em projeto e TCLE:

"Quando houver a aceitação para a participação da pesquisa e após a assinatura do TCLE, iremos a uma sala privativa da Instituição onde as pesquisadoras irão explicar como irá decorrer a pesquisa e quais os benefícios que a pesquisa irá ter, podendo ter uma recusa por meio das participantes antes e durante a coleta de informações sem acarretar dano algum. No decorrer da entrevista será utilizado um gravador MP4, desde que haja consentimento da paciente, além disso, usaremos um instrumento semi-estruturado (Apêndice 03), contendo 10 (dez) perguntas abertas e fechadas relacionadas ao diagnóstico, sinais e sintomas de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). O tempo médio da entrevista é cerca de 30 (trinta) minutos".

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências, de projeto e TCLE , foram atendidas em conformidade. O relatório final deve ser encaminhado a este CEP conforme informado no cronograma deste protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1231178.pdf	14/02/2019 16:00:33		Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.doc	14/02/2019 09:08:00	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoCompleto.doc	14/02/2019	MEILLYNE ALVES	Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 3.209.034

/ Brochura Investigador	ProjetoCompleto.doc	09:07:35	DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	14/02/2019 09:07:11	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/12/2018 06:38:44	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Outros	COPARTICIPANTE01.pdf	01/10/2018 16:13:41	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	01/10/2018 16:12:28	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	01/10/2018 16:11:33	MEILLYNE ALVES DOS REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 19 de Março de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6738

Fax: (62)3310-6838

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número da participante: _____

Data: ___/___/___

1. DADOS RELACIONADOS À VOLUNTÁRIA

a) Data de nascimento: ___/___/___

b) Cor: () branca () parda () negra

c) Escolaridade: () Não alfabetizada () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino

médio completo () Cursando ensino superior () Ensino superior

incompleto () Ensino superior completo

d) Estado civil: () casada () solteira () união estável () outros

e) Gestante () Puérpera ()

f) Idade gestacional atual: _____

g) Idade gestacional ao ser diagnosticada: _____

2. Qual foi a sua reação ao descobrir a gravidez? Tem outros filhos?

3. Já possuía diagnóstico de hipertensão arterial antes da gestação?

4. Qual foi a sua reação quando confirmado o seu diagnóstico de DHEG?

O que sentiu no momento?

5. Você entende sobre seu diagnóstico? Durante o atendimento de Pré-Natal foi explicado e esclarecido suas dúvidas quanto à DHEG?

6. Tem alguma dúvida ainda não sanada sobre a DHEG? Qual?

7. Quais foram os sinais e sintomas que lhe acometeram com maior frequência, classificando-a em uma gravidez de alto risco? Consegue descrevê-los?

8. Em relação à alimentação, você tem alguma dúvida dos alimentos que podem influenciar no aumento da pressão arterial?

9. Durante a sua gestação, foi orientado a prática de atividade física e alimentação saudável? Se sim, você segue/seguia as orientações?

10. Durante a sua gestação, foi realizado ou está sendo realizado algum acompanhamento e monitoramento da sua pressão arterial?

11. Realizou ou está realizando algum tratamento? Como foi ou como está sendo?

12. Gostaria de acrescentar ou compartilhar algo sobre sua gestação e seu diagnóstico?

**APÊNDICE B – ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO EM REVISTA –
“International Journal of Development Research (IJDR)”**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-
PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTIQUALITATIVA**

¹MOURA, Sinara Gomes; ¹SANTOS, Nádia Ferreira Silva; ²REIS, Meillyne Alves dos; ³MATOS, Marcos André de; ⁴ROLINDO, Joicy Mara Rezende; ⁵MELO, Lígia Bráz; ⁶MEIRELES, Gláucia Oliveira Abreu Batista; ¹GODOI, Gabriela Ramos de; ¹SILVA, Priscila Soares; ¹RODRIGUES, Alexandre Fernandes da Silva; ⁷MORAES FILHO, Iel Marciano de; ⁸ARANHA, Tatiana Caexeta; ⁹MELO, Juliana Macedo de; ¹⁰ALMEIDA, Flávia Ferreira de

¹Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis-Go/UniEVANGÉLICA, Brasil

²Enfermeira, Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis-Go/UniEVANGÉLICA, Mestre em Atenção à Saúde, Brasil

³Enfermeiro, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia-Go, Doutor em Ciências da Saúde, Brasil

⁴Letrista e Pedagoga. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-GO /UniEVANGÉLICA, Mestre em Educação, Brasil

⁵Enfermeira. Professora no Centro Universitário de Anápolis-GO/UniEVANGÉLICA, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Brasil

⁶Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO/UniEVANGÉLICA. Mestre em Ciências da Saúde, Brasil

⁷Enfermeiro. Docente na Universidade Paulista - Campus Brasília. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Brasil

⁸Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO/UniEVANGÉLICA. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Brasil

⁹Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO/UniEVANGÉLICA. Mestre em Enfermagem, Brasil

¹⁰Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO/UniEVANGÉLICA. Mestre em Ciências Ambientais, Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), no período gravídico-puerperal hospitalizadas numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, Brasil Central. **Metodologia:** Estudo misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado num hospital filantrópico no interior de Goiás, entre os dias 1 a 30 do mês de agosto de 2019. A amostra foi composta de 13 mulheres com diagnóstico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal. **Resultados e Discussão:** Houve predomínio de puérperas, jovens, com baixa escolaridade e renda familiar. Tais achados revelaram um fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres. Os diagnósticos de Letramento Funcional em Saúde ineficaz e Controle ineficaz do regime terapêutico, ambos relacionados ao nível de conhecimento/compreensão da mulher, foram os mais prevalentes, ratificando a necessidade de investimentos no pré-natal com estratégias educativas com metodologias de ensino aprendizagem que partam das especificidades e particularidades desse grupo de mulheres. Das narrativas emergiram 03 (três) categorias temáticas: Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade; Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG; Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva da Específica da Gestação (DHEG). **Considerações finais:** No decorrer da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da síndrome. Durante a assistência Pré Natal, as pacientes não foram claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como não tiveram suas dúvidas sanadas. É notória a ausência de uma assistência de qualidade e um letramento em saúde, haja vista em muitos casos ter sido verificadas orientações incorretas às gestantes, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia. **Descritores:** Gravidez de Alto Risco. Processo de Enfermagem. Hipertensão. Hipertensão Induzida pela Gravidez

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses in women with Pregnancy Specific Hypertensive Disease (PSHD) in the pregnancy-puerperal period hospitalized in a philanthropic maternity hospital in Anápolis-Go, Central Brazil. Methodology: A mixed study with a quantitative and qualitative approach, conducted in a philanthropic hospital in the interior state of Goiás, between the 1st and 30th of August 2019. The sample consisted of 13 women with confirmed diagnosis of pregnancy-puerperal PSHD. Results and Discussion: There was a predominance of mothers, young, with low education and family income. These findings revealed an important factor for the research, and may directly interfere with the degree of understanding of women. Diagnoses of ineffective health functional literacy and ineffective control of the therapeutic regimen, both related to women's level of knowledge / understanding, were the most prevalent, confirming the need for prenatal investments with educational strategies with teaching-learning methodologies that depart from the specificities and particularities of this group of women. From the narratives emerged three (3) thematic categories: Category A - Relevance of Quality Prenatal Care; Category B - Health Literacy (HL): importance of the domain of diagnosis of PSHD; Category C - Nursing Diagnoses in Hypertensive Pregnancy Disease (PSHD). Final considerations: During the research, it was observed the patients' misunderstanding and lack of knowledge about the severity of the syndrome. During prenatal care, patients were not clearly informed about prevention and possible risks, and had not been answered. The absence of quality care and health literacy is notorious, since in many cases incorrect guidance was given to pregnant women, which may be justified by the unpreparedness of working professionals, as well as the lack of interest of some patients to ask questions. respect of pathology.

Descriptors: High Risk in pregnancy. Nursing Process. Hypertension. Pregnancy-Induced Hypertension

INTRODUÇÃO

A gestação é notoriamente um momento singular na vida da mulher, no qual, ela vivência intensas experiências e transformações, que envolvem fatores biopsicossociais e espirituais. Esse período pode ser classificado como baixo risco ou risco habitual e alto risco, podendo na maioria dos casos evoluírem sem intercorrências, contudo, uma parcela emergente de gestantes apresenta complicações durante o período perinatal, que compreende todo o período gestacional, sendo considerada de alto risco (CDC, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No Brasil, em casos de gestação de baixo risco, o enfermeiro é o profissional habilitado e qualificado para realizar a assistência Pré-natal (PN), intercalando as consultas com o médico. O enfermeiro é capacitado para identificar sinais que classifique a gestante em alto risco e encaminhá-la para atendimento especializado com médico obstetra (COFEN, 1986). Essa atuação é respaldada pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do exercício profissional de enfermagem).

Caracteriza-se como gestação de alto risco aquelas que apresentam complicações que evidenciam riscos para a saúde do binômio (mãe e bebê), bem como as complicações hipertensivas. A hipertensão acarreta maior índice de morbimortalidade materno fetal, cerca de 10% das gestações, sendo a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) uma complicação frequente da gestação (LANGARO; SANTOS, 2014; THEILEN *et al.*, 2016; WENGER *et al.*, 2018).

Apesar de o conhecimento da fisiopatologia ser parcial, sabe-se que a DHEG é uma doença multifatorial que envolve fatores imunológicos, genéticos e ambientais, necessitando de uma atenção especial, pois esta pode ocorrer de formas distintas, sendo mais comuns as formas isolada ou associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que acomete uma parcela considerável da população. Em gestantes, ambas as formas acometem vários órgãos maternos, podendo causar desfechos fatais para o binômio (COZENDEY *et al.*, 2015; GRANDI *et al.*, 2019).

Logo, a DHEG é comumente caracterizada por uma tríade, que contempla principalmente a elevação dos níveis pressóricos após a 20ª semana de gestação ou agravar uma hipertensão pré-existente. A hipertensão

na gestação é classificada em graus, que vão desde a Pré-eclâmpsia (PE), até formas mais graves, como a eclâmpsia, podendo evoluir para a Síndrome de HELLP, trazendo consequências maiores para o binômio (BRASIL, 2012).

O profissional enfermeiro, com todo o seu raciocínio crítico e julgamento clínico, por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem, deve atuar na prevenção e detecção precoce das síndromes hipertensivas, realizando uma consulta PN resolutive, integral e equânime, e encaminhar as gestantes para a consulta de alto risco, se constatado alterações nos níveis pressóricos da paciente (MEDEIROS *et al.*, 2016; MARIANO *et al.*, 2018; ALBISHRY, THABET, ZAHRANI, 2018).

O presente estudo, considerado inédito em nossa região, é relevante pelo alto índice de incidência de DHEG e pelo aumento gradativo da morbimortalidade fetal em todo o mundo. Os achados possuem o potencial de fortalecer o cuidado ao binômio, ao pai e aos familiares, uma vez que subsidiará as intervenções de enfermagem na perspectiva de minimizar a sintomatologia da DHEG e suas complicações, possibilitando também às gestantes serem protagonistas de sua terapêutica, promovendo o autocuidado, por meio de mudanças no estilo de vida, e conseqüentemente podendo vivenciar em sua plenitude esse importante ciclo da vida.

O presente estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres com DHEG no período gravídico-puerperal hospitalizadas numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, Brasil Central, bem como propor intervenções de enfermagem.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, misto com abordagem quantitativa e qualitativa. Um estudo descritivo tem como finalidade descrever particularidades de uma determinada população ou evento, utilizando ferramentas para a coleta de dados padronizadas, como questionários e uma observação sistemática. A pesquisa de abordagem qualitativa não utiliza medições numéricas para a interpretação dos dados, ela fundamenta-se em um processo analítico, que vai do individual ao coletivo. Tem a intenção de compreender as perspectivas, as opiniões e a visão sobre determinada

realidade dos participantes, com base em entrevistas, análise de dados e discussão dos resultados obtidos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O cenário de pesquisa foi o setor materno-infantil de um hospital filantrópico no interior de Goiás na cidade de Anápolis, entre os dias 1º a 30 do mês de agosto de 2019. Anualmente cerca de 500 mil pessoas, advindas de 50 cidades do interior são atendidas. Segundo dados disponibilizados pela instituição, são realizados cerca de 13.153 atendimentos em obstetrícia, uma média de 420 partos mensais (baixo e alto risco), portanto referência no município para alto risco.

A amostra foi composta por 13 mulheres com diagnóstico médico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal, com idade acima de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução do Conselho Nacional da Saúde 466/2012.

Inicialmente foi realizada uma consulta de enfermagem, utilizando o protocolo clínico da instituição alvo do estudo e a *Nanda International Nursing diagnoses: definitions and classification, eleventh edition, 2018-2020* (NANDA, 2019) para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, a técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, gravada em MP4, contendo perguntas abertas e fechadas referente aos sentimentos de pacientes diagnosticadas com DHEG no período gravídico-puerperal. O ambiente da entrevista foi um local privativo destinado pela instituição, onde as coletas de dados foram realizadas individualmente, com participação voluntária. As pacientes tiveram autonomia para decidir participar ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento, caso arrependessem-se de ter assinado o TCLE.

Os dados qualitativos coletados foram analisados utilizando a ferramenta de análise conteúdo de Bardin (2016), que trabalha com um conjunto de técnicas, de análise e de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e percepção das mensagens e de onde emergirão as categorias de análises e núcleo de sentido (BARDIN, 2016). Segundo Bardin (2016) há várias formas de fazer uma entrevista. Na pesquisa,

propuseram-se entrevistas não diretivas, focalizadas, semiestruturadas, curtas e fáceis, as quais foram transcritas na íntegra, incluindo risos e hesitações. O diálogo deve ocorrer espontaneamente para que o entrevistado expresse sua vontade, representando livremente aquilo que viveu sentiu e pensou a respeito do caso. A análise das entrevistas é muito significativa e delicada, exige muito mais do que apenas uma investigação das respostas. Tem como objetivo, compreender através das falas dos participantes, a realidade do indivíduo ou da população (BARDIN, 2016).

Para melhor resultado, a análise dos dados é dividida em três partes: Pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase de organização, em que são traçadas as ideias principais, com o intuito de conduzir um esquema sistemático e preciso, e a transcrição do material na íntegra. É elaborado um plano de análise, atendendo as três missões estabelecidas: a escolha dos documentos para análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores da interpretação final. A exploração do material, fase mais longa e cansativa, é a tomada de decisão sistemática, ou seja, fase em que é realizada a codificação do material que permite uma descrição das características próprias do conteúdo (BARDIN, 2016).

A fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação consiste no tratamento significativo e válido dos resultados, realiza-se operações estatísticas, quadro de resultados, diagramas, figuras etc., dispondo as informações obtidas em relevo, podendo servir de base para outra análise de novas dimensões teóricas (BARDIN, 2016). Após avaliação de todas as fases, são idealizadas as categorias, ou seja, a classificação dos resultados pelas características pré-definidas pelo analista. Já na análise quantitativa, utilizou-se o pacote estatístico SPSS 20.0 e os dados foram apresentados em frequências e média, utilizando tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA Centro Universitário de Anápolis/GO sob o Parecer N3. 2019.034, e CAAE 03919318.2.0000.5076.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integrou o estudo um total de 13 participantes, destas a maioria eram puérperas (n=09/13) e a minoria gestantes (n= 04/13), cujas características sócio- demográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio demográficas de gestantes / puérperas.

Anápolis-GO, 2019

Variáveis	N = 13	%
FAIXA ETÁRIA		
20-30 anos	5	38,4
31-40 anos	7	53,8
>41 anos	1	7,6

(Continuação)

Variáveis	N = 13	%
RAÇA/COR		
Parda	7	53,8
Branca	4	30,7
Negra	1	7,6
Outros	1	7,6
ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	7	53,8
Fundamental completo	1	7,6
Médio incompleto	1	7,6
Médio completo	1	7,6
Superior	2	15,3
incompleto/cursando		
Superior completo	1	7,6
ESTADO CIVIL		
Solteira	4	30,7
Noiva	1	7,6
União estável	4	30,7
Casada	4	30,7

Fonte: Elaborado pelas autoras, outubro, 2019.

Observa-se que houve predominância de pacientes com idade de 31 a 40 anos (n=07/13). Em relação à raça/cor, mais da metade (n=07/13) das participantes relatam se considerar pardas. Quanto à escolaridade, (n=7/13) das participantes apresentaram baixo grau de escolaridade (Ensino Fundamental incompleto). O nível de escolaridade é um fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres, que podem ter dificuldades para interpretar informações. Ao

observar o estado civil, houve igualdade entre solteira, casada e com união estável.

Os dados apresentados na tabela acima divergem do estudo realizado por Lima *et al.* (2018), no qual a idade de maior prevalência foi de 18 a 34 anos, mais da metade casada e a maioria afirmava escolaridade de nível médio.

Corroborando com esta pesquisa outro estudo, mostra a prevalência do perfil sócio demográfico, em que a idade média varia entre 20 e 39 anos, com baixa escolaridade, casada e de cor branca (SBARDELOTTO *et al.*, 2018).

A tabela 2 mostra a distribuição das participantes conforme o perfil obstétrico das gestantes / puérperas para o diagnóstico de risco.

Tabela 2- Perfil obstétrico das participantes para diagnóstico de risco Anápolis-Go, 2019

Variáveis	N=13	%
Gestantes	4	30,7
Puérperas	9	69,2

Fonte: Elaborado pelas autoras, outubro, 2019

Observa-se a predominância de participantes em período puerperal (n=09/13), não sendo encontrado, até o momento, pesquisam que confirme o achado.

A tabela 3 mostra a distribuição da Idade gestacional (IG) atual em relação às participantes gestantes / puérperas em relação à descoberta do diagnóstico.

Tabela 3- Idade Gestacional (IG) das participantes, gestantes / puérperas em relação à descoberta do diagnóstico

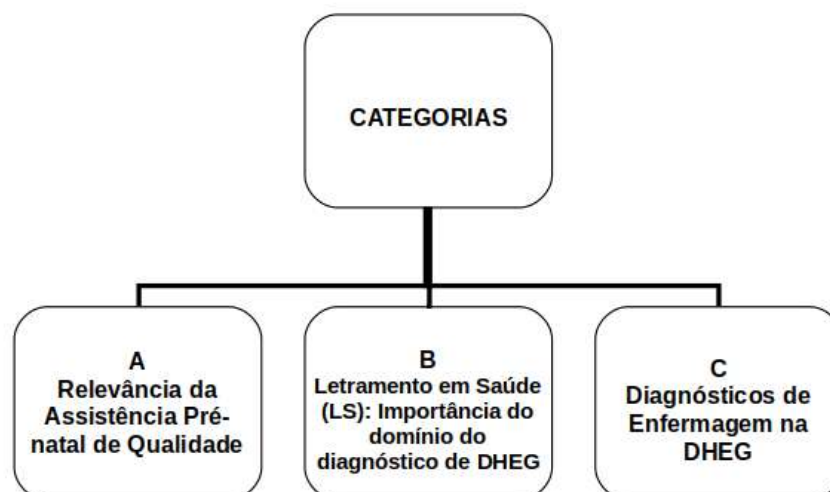
Variáveis	N=13	%
IG ATUAL		
20-30 semanas	2	50
> 31 semanas	2	50
IG DIAGNÓSTICO		
1-10 semanas	3	23
11-20 semanas	1	7,6
21-30 semanas	5	38,4
31-40 semanas	4	30,7

Fonte: Elaborado pelas autoras, outubro, 2019.

Ao analisar a tabela 3, a IG atual e a ser diagnosticada, verificou-se que as participantes gestantes estavam som uma média entre 20 e >31 semanas gestacionais, e em relação à descoberta do diagnóstico, a maior parte foi diagnosticada com IG entre 21 a 30 semanas (n=5/13), seguida de participantes com IG maior que 31 semanas (n=4/13).

A análise criteriosa do corpus, bem como dos dados contidos nos prontuários das participantes, reuniu as narrativas obtidas dentre todas as entrevistadas e deu origem a 03 (três) categorias temáticas, as quais estão dispostas e representadas, a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Esquema representativo das categorias temáticas que emergiram das entrevistas com gestante / puérperas com diagnósticos de risco (DHEG)



Fonte: Elaborada pelas autoras, outubro, 2019.

Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade

A descoberta da gravidez gerou nas participantes um misto de sentimentos, como susto, espera, surpresa, preocupação, estado de felicidade e a realização de um sonho, o que se considera normal, por serem sentimentos que estão presentes durante o período gestacional da maioria das mulheres.

“Eu estava sonhando (risos) era um sonho [...]” (Paciente 01)

“Uai (risos), uai, eu fiquei assustada, porque eu não queria engravidar agora [...]” (Paciente 05)

“Ah, felicidade, tudo que eu mais queria (risos) [...]” (Paciente 11)

“Ah, eu fiquei preocupada só, por conta da pressão, porque todas são assim [...]” (Paciente 12)

“Foi uma surpresa né [...]” (Paciente 10).

A descoberta da gestação para as mulheres implica em vários fatores, especialmente emocionais, podendo ser sentimentos distintos como a felicidade, a realização de um sonho, surpresa ou até mesmo a preocupação, contudo, estudos apontam que os sentimentos vivenciados na gestação podem mudar a cada trimestre. No primeiro trimestre é comum o sentimento de ambivalência, quando habitualmente se descobre a gestação, já no segundo trimestre a mulher assimila melhor a gravidez em razão do início dos movimentos fetais que proporcionam um equilíbrio emocional (LIMA *et al.*, 2014).

A presença de sentimentos positivos na descoberta da gestação pode estar diretamente relacionada ao planejamento familiar, apoio do companheiro e/ou da família ou, simplesmente, ao desejo da mulher de tornar-se mãe, mas se ocorre o oposto disto, essencialmente a falta de apoio familiar ou do companheiro, a mulher pode vivenciar sentimentos negativos como a desesperança, solidão ou até mesmo a rejeição da gravidez (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Durante a realização das entrevistas, notou-se que é essencial que não só o companheiro, mas também os grupos familiares estejam envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a chegada de um novo membro à família pode acarretar em medos e incertezas para a gestante, no entanto, quando há a participação, principalmente, do companheiro, a mulher sente-se mais segura frente a esses sentimentos.

Nessa perspectiva, a assistência PN tem como objetivo garantir o crescimento e desenvolvimento do bebê, promovendo um parto saudável e sem provocar riscos à saúde da mãe. Para uma melhor e mais eficaz

assistência, é importante o seu início precoce, até a 12ª semana de gestação, visto que o primeiro trimestre exige maiores cuidados. O número ideal de consultas durante a assistência é de no mínimo seis, preferencialmente mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais até a 36ª semana de gestação, semanais até 41ª semana de gestação e uma consulta puerperal até 42 dias pós-parto (BRASIL, 2012).

Nesse período, o acompanhamento PN é fundamental, pois por meio deste, o médico realiza as consultas PN de baixo risco intercaladas com o profissional enfermeiro, conseguindo detectar precocemente sinais e sintomas sugestivos de gestação de alto risco, e se confirmada, é realizado o encaminhamento dessas gestantes para as unidades de referência (BRASIL, 2006). Deve-se realizar um acolhimento com classificação de risco, para obter não apenas o diagnóstico, como também levantar prioridades clínicas que podem ser fatais, como no caso da DHEG (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a confirmação do diagnóstico de DHEG se dá pelo aumento da PA a partir da 20ª semana de gestação, podendo persistir até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012). Nos casos em que a elevação da PA se dá antes da confirmação da gravidez, durante a gestação, antes da 20ª semana e não se normalizando até 12 semanas pós-parto é considerada uma hipertensão arterial crônica.

Em concordância com o Ministério da Saúde (MS), no estudo foi identificado que a maioria das participantes teve seu diagnóstico confirmado de DHEG com idade gestacional maior que 20 semanas.

“25 e alguns dias que eu não sei quantos” (Paciente 02)

“A partir [...] 24 semanas de gravidez [...]” (Paciente 06)

“Depois de 25 semanas para frente” (Paciente 09)

“36 semanas” (Paciente 10)

Em relação ao diagnóstico preexistente de hipertensão arterial, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa realizada, no qual se observou que a maioria das participantes não possuía diagnóstico prévio de hipertensão, o que as surpreendeu com a confirmação da DHEG. Uma minoria

já possuía diagnóstico de hipertensão antes da gestação, conforme relatos transcritos.

“Sim, desde os 23, eu tomo remédio controlado, benicar 40mg com HCT de 12,5” (Paciente 02)

“Eu sou hipertensa antes de engravidar” (Paciente 11)

“Não, só durante a gestação” (Paciente 13)

“Graças a Deus. Mais ou menos duas semanas pra cá que começou” (Paciente 01)

Ainda em concordância com o MS, em relação à sintomatologia, foram identificados nas respostas das pacientes, queixas como cefaleia, síncope, edemas e em alguns casos, apenas a elevação da PA.

"Eu sou assintomática, totalmente assintomática" (Paciente 2)

"[...] Muita dor de cabeça [...]" (Paciente 6)

"Vista escurecida [...]" (Paciente 9)

"Foi as pernas inchadas e dor de cabeça, dando ânsia de vômito" (Paciente 12)

A DHEG é caracterizada por uma tríade de sintomas (elevação da PA, proteinúria e edema). Na ausência da proteinúria, alguns sintomas são sugestivos, como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. O edema isolado não é considerado sugestivo, pois aparece com muita frequência nas gestantes (BRASIL, 2012). A assistência PN, quanto a orientações específicas direcionadas ao diagnóstico da DHEG, acompanhamento e monitoramento de seus sinais e sintomas, aparece de forma vaga.

“Sim. Na medida do possível o que dá pra seguir a gente segue né [...]" (Paciente 04)

“Fui. (Risos) de vez em quando” (Paciente 07)

“Sim, comida mais sem sal, comidinha mais leve. Sim, menos a do exercício físico” (Paciente 08)

“Foi, foi sim. De alimentação sim, só de exercício físico que não” (Paciente 09)

O acompanhamento PN deve ser realizado de forma holística, voltado à prevenção de patologias, o que é essencial para a detecção precoce de intercorrências e conseqüentemente redução de complicações e mortalidade materno-fetal (BRITO *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2016).

O MS preconiza uma assistência voltada para a prevenção de agravos e promoção de saúde. Os profissionais responsáveis devem orientar as gestantes a frequentarem corretamente as consultas, bem como participar ativamente de grupos de apoio à gestante, nas quais serão realizadas orientações voltadas para a prevenção de doenças, como a DHEG (BRASIL, 2012).

O monitoramento em específico deixa a desejar, uma vez em que, as participantes em suas falas não compreendem a gravidade da comorbidade.

“Não, porque eu só fui em uma consulta” (Paciente 03)

“Não. Eu mesmo que ficava monitorando em casa, olhando com o medidor” (Paciente 08)

Em conformidade com o MS da saúde, no estudo realizado por Sbardelotto (2018), as gestantes que apresentem Hipertensão gestacional devem ser aconselhadas e esclarecidas quanto ao risco de adquirir uma hipertensão mais grave em gestações posteriores, como também alertar as pacientes hipertensivas sobre a chance da hipertensão se agravar durante a gestação (BRASIL, 2012; SBARDELOTTO *et al.*, 2018).

Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG

Ao receberem a confirmação do diagnóstico de DHEG, o desconhecido levou as participantes a um misto de sentimentos e sensações. A evidência maior se deu para o sentimento relacionado à preocupação e ao medo.

“Fiquei preocupada, com medo” (Paciente 06)

“Ah a gente fica com medo né, porque pressão alta é perigoso. Senti medo e preocupação” (Paciente 11)

Em consonância com estudo realizado por Santana (2019), o diagnóstico de DHEG só é revelado para a paciente no momento de sua internação devido ao agravamento da sintomatologia, gerando então sentimentos de medo, susto, preocupação, desespero e ansiedade. Em muitos casos, o suporte emocional é deixado de lado pelos profissionais, há preocupação apenas com os cuidados clínicos, não demonstrando empatia para com as pacientes e nem esclarecendo as dúvidas acerca do diagnóstico (SANTANA, *et al.*, 2019).

Ao serem questionadas sobre o conhecimento acerca da comorbidade, a maioria das participantes afirmam ter conhecimento superficial, mínimo sobre o assunto. Ainda, evidencia-se a perda da oportunidade por parte dos profissionais de saúde de no momento do pré-natal ou até mesmo no centro de convivência do alojamento conjunto de orientar as participantes.

“[...] Só fala de pressão alta né [...]” (Paciente 01)

“Não muito, estou começando a entender agora” (Paciente 04)

“[...] Só fala que é pressão alta, mas eu nunca me preocupei não, procuro não me preocupar com esse trem não, acho que é pior [...]” (Paciente 05)

O letramento em saúde consiste na competência e habilidade dos profissionais em compreender as informações básicas para funcionamento dos serviços de saúde, favorecendo as tomadas de decisões frente a cada caso. A ineficácia do letramento em saúde, associada com uma comunicação ineficaz por parte de toda a equipe, influencia nos resultados e na qualidade dos atendimentos, estando associado com a diminuição dos serviços de promoção e prevenção da saúde (MARAGNO; LUIZ, 2016).

Lima, Jesus e Silva (2018) consideram importante o uso das tecnologias do cuidado em saúde. Essas tecnologias consistem em toda forma de conhecimento para resolver ou minimizar os problemas de saúde da população, qualquer intervenção relacionada à promoção, prevenção e reabilitação. Divide-se em: leve (vínculo e humanização), leve-dura (saber estruturado e protocolizado) e dura (máquinas e aparelhos) (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

As tecnologias leves baseiam no processo de humanização e, com o passar do tempo, a implementação desse tipo de tecnologia vem sendo ineficaz, visto que as tecnologias duras estão cada vez mais presentes, permitindo que os profissionais deixem de lado as relações interpessoais e afetivas. Em uma pesquisa realizada por Lima (2018), constatou-se que há uma perda notória do cuidado afetivo e da humanização, sendo substituído por tecnologias duras (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Por esse motivo é necessário intensificar reuniões de apoio com as gestantes nas UBS, reforçando o uso e a importância das tecnologias leves, com atividades educativas que estimulem o protagonismo, a individualidade e a troca de experiências. Foi constatado em pesquisa realizada por Queiroz *et al.* (2016) que o grupo de gestantes promove aproximação com o profissional enfermeiro, favorecendo uma maior segurança e confiança para expor dúvidas, queixas, sentimentos e interagir com as outras participantes.

O grupo proporciona às pacientes, interesse em questionar sobre todos os fenômenos da gravidez, informações sobre todo o período gravídico-puerperal, além de proporcionar discussões a respeito dos cuidados a serem prestados, com o intuito de promover nas pacientes sentimentos de sensibilidade e aceitação (KLEIN; GUEDES, 2008).

Queiroz (2016) ressalta ainda a importância da comunicação e escuta qualificada por parte do profissional para estabelecer vínculo com a paciente e mantê-la presente no grupo ativamente e reconhecer a unidade de saúde como um ambiente de apoio e confiança (QUEIROZ *et al.*, 2016).

Em discordância com a literatura, houve um depoimento isolado no qual se evidencia o letramento funcional em saúde ineficaz tanto por parte da participante quanto do profissional de saúde.

“Não. O rapaz que eu estou fazendo o pré-natal, ele falou que era normal, que isso num dá nada não” (Paciente 08)

Sabe-se que uma gestante com diagnóstico confirmado de DHEG deve ser acompanhada por uma assistência PN de alto risco ou ser encaminhada diretamente para uma emergência obstétrica, devido ao aumento significativo da probabilidade de intercorrências que podem evoluir para óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012).

É necessário que os profissionais da área realizem ações de educação em saúde, principalmente no grupo de gestantes, a fim de promover o autocuidado e estimular a prevenção de comorbidades, como a DHEG. Para isso, deve-se orientar quanto às mudanças no estilo de vida e adoção de alimentação e hábitos saudáveis, diminuindo assim, os índices de complicações durante a gestação (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018).

Miranda e Barroso (2014) reconhecem que Paulo Freire foi um revolucionário que influenciou as práticas de educação, podendo citar as técnicas de aprendizagem, comunicação, abordagem da linguagem contemporânea, dentre outras. Estas práticas estão diretamente ligadas à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes, dado que, o profissional é considerado um educador em saúde. O atual modelo de educação deve muito ao estudioso. Este teve participação importante na enfermagem, incorporando a reflexão crítica e problematizada, uma vez que buscava desmistificar o conceito que o paciente é apenas o receptor passivo (RIBEIRO, 2013).

Em consequência, observa-se que no cotidiano, grande parte dos profissionais de saúde não demonstra domínio na comunicação efetiva e, na educação em saúde, atua apenas no cuidado tecnicista, ausentando-se da responsabilidade de educador e preceptor de orientações (OTANI, 2013).

Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG)

A coleta de dados realizada junto as participantes e em prontuários permitiu uma associação de achados clínicos e patológicos, que levou a identificar os principais diagnósticos de enfermagem acometidos pela DHEG.

Pode-se evidenciar que a complexidade da citada patologia, além de requerer da equipe de enfermagem assistência clínica eficaz e eficiente, demanda, também, atividades educativas que visam à estruturação física e emocional das gestantes / puérperas para redução dos agravos decorrentes da doença e ao empoderamento delas na busca de assistência qualificada (REINERS *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2016).

No Quadro 1 a seguir são descritos os principais diagnósticos de enfermagem encontrados, seus fatores relacionados e suas características definidoras.

Quadro 1- Distribuição das gestantes / puérperas hipertensas segundo os diagnósticos de enfermagem encontrados. Anápolis-GO, 2019

Título	Fatores Relacionados	Características Definidoras	N	%
Letramento Funcional em Saúde Ineficaz	Dificuldade de compreensão da patologia	Falta de conhecimento sobre a patologia.	10	76,92
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico	Dificuldade com o regime prescrito.	09	69.23
Manutenção Ineficaz da Saúde	Estratégias de enfrentamento ineficazes	Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.	07	53.84
Débito cardíaco diminuído	Pré e pós-carga alterada	Edema, fadiga e ansiedade.	05	38.46
Volume Excessivo de Líquido	Ingesta excessiva de sódio e retenção de líquidos	Alteração da pressão sanguínea, edema e ganho de peso em curto período.	07	53.84
Conforto Prejudicado	Sintomas relacionados à doença	Desconforto com a situação, alteração no padrão de sono e incapacidade de relaxar.	06	46.15
Dor Aguda	Agente lesivo biológico	Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor.	04	30.76
Ansiedade	Ameaça à condição atual	Incerteza, medo, nervosismo e ameaça à condição atual.	08	61.53
Padrão de Sono Prejudicado	Padrão de sono não restaurador (práticas de maternidade)	Dificuldade de iniciar e manter o sono.	04	30.76

(Continuação)

Título	Fatores Relacionados	Características Definidoras	N	%
Padrão da sexualidade alterado;	Falta de habilidades quanto a alternativas relativas à sexualidade	Alteração na atividade sexual e Dificuldades na atividade sexual.	06	46.15
Medo	Cenário pouco conhecido	Aumento da pressão arterial e Aumento da tensão e foco direcionado para a fonte do erro.	07	53.84
Processos Familiares Interrompidos	Mudança do estado de saúde de um membro da família	Mudança na participação para a solução de problemas e Mudança na somatização.	04	30.76

Fonte: Elaborada pelas autoras, outubro, 2019.

Pode-se observar que o diagnóstico mais prevalente foi o de letramento funcional em saúde ineficaz, posto que a maioria das pacientes desconhecesse sobre sua patologia, bem como os riscos ao binômio e poucas demonstravam interesse em entender sobre a comorbidade que a acomete.

Outro diagnóstico que chamou a atenção das pesquisadoras foi o de ansiedade, comprovado pelos relatos de pacientes, acerca da gravidade de seu caso. Muitas se demonstravam preocupadas com os riscos futuros, gerando um misto de emoções, incluindo a ansiedade para ir embora e poder ficar com o seu bebê. Algumas pacientes diziam não se sentir preocupadas, mas era perceptível a preocupação demonstrada pela linguagem não verbal.

No estudo de Reiners *et al.* (2009), o diagnóstico de ansiedade mostrou-se diretamente relacionado aos sentimentos das pacientes sobre as sequelas que poderiam afetar o bebê e a si mesmas, sendo sugeridas, para este caso, formas de prevenção para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva, por meio de oficinas e educação em saúde.

Interligado com o diagnóstico de ansiedade, foi evidenciado o de medo. As pacientes gestantes relatavam durante as entrevistas que sentiam muito medo do parto. E no caso das puérperas, o maior medo era acontecer algo mais grave e não poderem ficar com o bebê.

Diante disso, foram identificados os diagnósticos de controle ineficaz do regime terapêutico e manutenção ineficaz da saúde evidenciada pela ausência de interesse em prosseguir com o tratamento corretamente e por não demonstrar interesse em condutas para prevenção.

De acordo com o estudo de Aguiar (2010), o edema é caracterizado pelo acúmulo de líquido entre os tecidos, podendo ser localizado ou generalizado, evidenciando o diagnóstico de volume excessivo de líquido. Na pesquisa, as maiorias das participantes queixaram-se da presença de edema, além de ter sido visualizado pelas pesquisadoras, o que favoreceu a identificação deste diagnóstico (AGUIAR *et al.*, 2010).

Também, na pesquisa de Herculano *et al.*, (2011), foi confirmado o diagnóstico de conforto prejudicado. Durante a entrevista, era perceptível o desconforto das pacientes diante da hospitalização, demonstram não se sentir bem e desejavam a volta para casa, onde poderiam descansar.

Ainda corroborando com Herculano (2011), o diagnóstico de dor aguda, foi evidenciado nos relatos. No estudo citado, as pacientes caracterizavam as dores como intensidade leve, subentende-se então que a equipe de enfermagem estava atuando de forma eficaz para a diminuição da queixa (HERCULANO *et al.*, 2011). De acordo com Aguiar *et al.* (2010), a dor relatada pelas pacientes está ligada ao aumento e a presença de hormônios que induzem o relaxamento de tecidos, permitindo maior mobilidade das articulações.

Em relação ao diagnóstico de débito cardíaco diminuído, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa. O diagnóstico foi evidenciado pelas pesquisadoras principalmente por alterações na pré e pós-carga cardíaca, devido à presença de edema, de fadiga, de ganho de peso, de alterações da pressão e em alguns casos, de dispneia.

O diagnóstico de padrão de sono prejudicado corrobora com o estudo de Reinerset *al.* (2009) e Aguiar *et al.* (2010), no qual a evidência maior se deu através de relatos de ansiedade, medo, preocupação e desconforto do ambiente hospitalar.

Em concordância com Reinerset *al.* (2009), os diagnósticos de padrão da sexualidade alterada e dos processos familiares interrompidos deram-se principalmente ao psicológico afetado das participantes, dado que a patologia gerou vários sentimentos de preocupação e medo nas famílias em que a maioria não era observado apoio familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Diagnósticos de Letramento Funcional em Saúde Ineficazes e de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, ambos relacionados ao nível de conhecimento/compreensão da mulher, foram os mais prevalentes, ratificando a necessidades de investimentos no pré-natal com estratégias educativas com metodologias de ensino aprendizagem que partem das especificidades e particularidades desse grupo de mulheres. No decorrer da realização da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da DHEG, o que legitima os dados quantitativos do estudo. Durante a assistência PN, as pacientes deveriam ter sido claramente

orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como, ter tido suas dúvidas sanadas, fato não evidenciados nos dados da pesquisa.

Verificou-se ausência e/ou ineficiência de uma assistência de qualidade e necessidade de letramento em saúde, haja vista as orientações equivocadas das participantes, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, muito possivelmente por não terem realizado suas consultas utilizando a taxonomia NANDA, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia.

Em parte, houve orientações sobre os meios de prevenção pelos profissionais, mas em contrapartida, as pacientes não seguiam essas orientações, o que favoreceu o surgimento e/ou agravamento da comorbidade.

Para melhorar a assistência PN, sugere-se que sejam realizadas capacitações e educação permanente para os profissionais do setor em busca de melhoria do atendimento oferecido e garantia de humanização da assistência. Com essas ações, espera-se que os índices de complicações e óbitos materno-fetais diminuam.

Após levantados os diagnósticos de enfermagem para pacientes com DHEG, foi elaborado um quadro contendo as intervenções necessárias para facilitar na leitura e auxiliar o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pelos profissionais atuantes.

Quadro 2- Intervenções de enfermagem NIC para os diagnósticos encontrados nas pacientes com DHEG. Anápolis-GO, 2019

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Letramento Funcional em Saúde Ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação em grupos de apoio; • Esclarecer as dúvidas mais frequentes das pacientes; • Realizar orientações sobre a patologia, fisiopatologia, tratamento e gravidade.
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar letramento em saúde das participantes; • Orientar quanto à importância da terapêutica realizada; • Realizar educação em saúde sobre a patologia e o tratamento.
Manutenção Ineficaz da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação; • Estimular o paciente a dirigir-se ao departamento de emergência, se adequado; • Avisar o paciente sobre consultas agendadas, conforme apropriado.

Débito cardíaco diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; • Monitorar sinais vitais com frequência; • Promover a redução do estresse.
Volume Excessivo de Líquido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar localização e extensão do edema, se presente; • Consultar médico se os sinais/sintomas de excesso de volume de líquidos persistirem ou piorarem; • Monitorizar indicações de sobrecarga/retenção de líquidos.
Conforto Prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente calmo e de apoio; • Proporcionar um ambiente seguro e limpo; • Determinar as origens do desconforto.
Dor Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; • Investigar com a paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; • Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor (ex: medo, cansaço, monotonia e falta de informação).
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e tranquilizadora; • Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a paciente possa ter durante o procedimento; • Orientar a paciente sobre uso de técnicas de relaxamento
Padrão de Sono Prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir; • Conversar com a paciente e a família sobre técnicas para melhorar o sono; • Adaptar o ambiente para promover o sono.

(Continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Padrão da sexualidade alterado;	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a função sexual, conforme apropriado; • Encorajar a paciente a verbalizar medos e a fazer perguntas; • Discutir sobre o efeito da situação/doença na sexualidade.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a paciente a identificar os fatores que desencadeiam o medo; • Propor medidas que aliviam o medo; • Promover apoio para minimizar os fatores desencadeantes do medo.
Processos Familiares Interrompidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os membros da família a usar os mecanismos de apoio existentes; • Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a manutenção do contato com os membros da família, conforme apropriado. |
|--|---|

Fonte: Elaborada pelas autoras, novembro, 2019.

Ao propor as intervenções, espera-se que a equipe de enfermagem atue de forma integral e humanizada, atendendo as queixas das pacientes e promovendo uma assistência qualificada e resolutiva, sempre considerado a fundamentação da ciência enfermagem em obstetrícia, com diagnósticos de enfermagem, que, de fato, atendam às necessidades reais das mulheres nesse ciclo de vida tão peculiar e significativo para a paciente e para a coletividade.

Com a realização da pesquisa, foi possível observar que é de suma importância uma assistência PN, uma vez que durante as consultas é possível identificar fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades evitáveis, e se caso constatadas patologias, encaminhá-las para a assistência qualificada segundo os fatores biopsicosocioculturais e espirituais de cada mulher e de sua rede social.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Isis Freire de et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL, M. S. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** [internet]. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 17/11/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 23, Ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 12, out de 2019.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves et al. The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 2717-2725, julho 2015.

BULECHEK, Glória, M; BUTCHER, Howard, K; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5 ed., Rio de Janeiro, Elsevier: 2010.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **Decreto nº 94.406/87 Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e da outras providências. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 07, Out. 2019.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 11 de Nov de 2019.

COZENDEY, Aline Guedes et al. Análise Clínica E Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da Gestação. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/26>. Acesso em 04 Out, 2019.

DOMINGUES, Flávia; PINTO, Flávia Santos; PEREIRA, Valdina Marins. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 150-154, dez. 2018.

HERCULANO, Marta Maria Soares et al. APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL FUNDAMENTADA EM OREM. **Rev Rene**. Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):401-8.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, Vol. 28, Nº. 4, 2008.

LANGARO, Fabíola; SANTOS, Andrea Hellena dos. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 625-642, Set. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932014000300625&lng=en&nrm=iso. Acesso em; 02 Nov. 2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.

LIMA, Adeânio Almeida; JESUS, Daniele Santos de; SILVA, Tainara Leal. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, e280320, 2018 .

LIMA, Joseline Pereira et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Rev Rene**. Ceará , 2018.

MARAGNO, Carla Andréia Daros; LUIZ, Paloma PaveiVotri. LETRAMENTO EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Iniciação Científica**, Criciúma, v. 14, n. 1, 2016.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 4, p. 631-635, Aug. 2004.

OLIVEIRA, Gleica Sodrê de et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017.

OLIVEIRA, Kátia Karine Pessoa Andrade de et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 10, n. 5, p. 1773-1780, 2016.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTE: percepções de mulheres com câncer de mama. Tese de Doutorado. Unicamp. Campinas- SP, 2013.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al . Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016 .

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 232-237, 2009.

RIBEIRO, Fernanda Pereira. Paulo Freire na Comunicação e os Meios de “Comunicados”. **Rizoma**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, p. 78-91, dez. 2013.

SAMPIERI, Roberto Hernández ; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista **Metodologia de pesquisa**. 5 ed., Porto Alegre, PENSO: 2013.

SANTANA, Rosane da Silva et al. Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré- eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Fortaleza, v.11, set. 2019.

SBARDELOTTO, Taizeetal . Características Definidoras e Fatores Associados à Ocorrência das Síndromes Hipertensivas Gestacionais. **Cogitareenferm.**, Curitiba , v. 23,n. 2, e53699, 2018 .

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 3,p. 387-392, June 2009 .

SILVA, Alana Moreira da et al. O ENFERMEIRO PERANTE A HIPERTENSÃO GESTACIONAL. **Revista Iniciar**e, Campo Mourão, v.2 nº.1 p. 22-26, jan./jun. 2017.

SILVA, Daylane Fernandes da; JESUS, Érica Gomes; PERES, Lídia Câmara Peres. Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação. **Rev. Faciplac**, Brasília, v.2 nº.2, Ago. 2018.

SILVA, Rudval Souza da et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA EQUIPE.**Enfermagem em Foco**, [S.I.], v. 7, n. 2, ago. 2016.

THEILEN, Lauren H. et al. All-cause and cause-specific mortality after hypertensive disease of pregnancy. **Obstetrics and gynecology**, v. 128, n. 2, p. 238, 2016.

WENGER, Nanette K. et al. Hypertension across a woman's life cycle. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 16, p. 1797-1813, 2018.

GRANDI, Sonia M. et al. Cardiovascular Disease-Related Morbidity and Mortality in Women With a History of Pregnancy Complications: Systematic Review and Meta-Analysis. **Circulation**, v. 139, n. 8, p. 1069-1079, 2019.

ALBISHRY, SHADA NUMAYAN NAMI; AL ZHRANI, DR HALA THABET AHLAM. Evaluation of Pregnancy Outcomes among Women with Gestational Hypertension and its Relation to the provided health Care. **Innovative Journal of Medical and Health Science**, v. 8, n. 1, p. 10-18, 2018.

MEDEIROS, Ana Lúcia de et al. Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.

APÊNDICE D – COPYRIGHT TRANSFER AGREEMENT FORM



International Journal of Development Research

IJDR | ISSN:2230-9926

COPYRIGHT TRANSFER AGREEMENT FORM

(TO BE FILLED BY THE CORRESPONDING AUTHOR)

This document must be signed manually by corresponding author and submit Only Scanned Copy to editorial board.

Manuscript Number :	
Article Title:	
Full Residential Address of Corresponding Author:	
E-Mail ID:	
Mobile No:	

The International Journal of Development Research (IJDR) is published Monthly (12 Issue per Year).

The IJDR and Authors hereby agree as follows: In consideration of IJDR reviewing and editing the above described work for first publication on an exclusive basis:

The undersigned author(s) hereby assigns, conveys, and otherwise transfers all rights, title, interest, and copyright ownership of said work for publication.

Work includes the material submitted for publication and any other related material submitted to IJDR. In the event that IJDR does not publish said work, the author(s) will be so notified and all rights assigned hereunder will revert to the author(s).

The assignment of rights to IJDR includes but is not expressly limited to rights to edit, publish, reproduce, distribute copies, include in indexes or search databases in print, electronic, or other media, whether or not in use at the time of execution of this agreement, and claim copyright in said work throughout the world for the full duration of the copyright and any renewals or extensions thereof.

All accepted works become the property of IJDR and may not be published elsewhere without prior written permission from IJDR. The author(s) hereby represents and warrants that they are sole author(s) of the work, that all authors have participated in and agree with the content and conclusions of the work, that the work is original, and does not infringe upon any copyright, propriety, or personal right of any third party, and that no part of it nor any work based on substantially similar data has been submitted to another publication. However, reproduction, posting, transmission or other distribution or use of the article or any material contained therein, in any medium as permitted hereunder, requires a citation to the Journal and appropriate credit to IJDR as publisher, suitable in form and content as follows: Title of article, author(s), journal title and volume/issue, Copyright© year.

As the corresponding author, I also warrant that "IJDR and the Journal Editors" will not be held liable against all copyright claims of any third party or in lawsuits that may be filed in the future, and that I will be the only person who will be liable in such cases. I also warrant that the article contains no libelous or unlawful statements, I/we did not use any unlawful method or material during the research, I/we obtained all legal permissions pertaining to the research, and I/we adhered to ethical principles during the research.

Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Place :

Sr. No	Name of Author (In sequence) <small>(Mandatory for corresponding author(1st Author))</small>	Signature
1.		
2.		
3.		

Note: It is compulsory to write name of all authors in the above table. Signature is not mandatory for all authors, but its compulsory for first/corresponding author.