

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS

CUIDADO DO ENFERMEIRO ÀS MULHERES COM SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE

CURITIBA

2022

SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS

CUIDADO DO ENFERMEIRO ÀS MULHERES COM SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de mestre em Enfermagem, no programa de Pós-graduação em Prática do Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2022

Santos, Sinderlândia Domingas dos

Cuidado do enfermeiro às mulheres com síndromes hipertensivas na gestação em maternidade[recurso eletrônico] / Sinderlândia Domingas dos Santos. – Curitiba, 2022.

1 arquivo (85 p.) : PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Gravidez. 2. Hipertensão Induzida pela Gravidez. 3. Período Pós-Parto. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Protocolos Clínicos. I. Trigueiro, Tatiane Herreira. II. Universidade Federal do Paraná. II. Título.

CDD 618.24



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO  
EM SAÚDE - 40001016073P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS** intitulada: **PROTOCOLO DE CUIDADO DO ENFERMEIRO ÀS MULHERES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE**, sob orientação da Profa. Dra. TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

31/08/2022 15:31:46.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

30/08/2022 21:17:56.0

HERLA MARIA FURTADO JORGE

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI)

Assinatura Eletrônica

30/08/2022 17:06:27.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação a **José Wáttylla** (*in memoriam*) e a todos os que têm coragem de correr atrás dos seus sonhos; aos que persistem mesmo diante das dificuldades; aos que buscam o melhor; aos que buscam ser melhores; aos que têm Fé.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas suas Providências, pelo Cuidado, por todas as Graças. Que Teu Nome seja sempre louvado!

À minha família, minha mãe Dominga, meu pai Felipe e minhas irmãs e meus irmãos: Solange, Sônia, Veronice, Vilani, Vera, Romário, Ronaldo e Ronildo. Obrigada por terem me dado o suporte afetivo e financeiro necessário para que eu chegasse até aqui, por todo apoio, por todo amor e por todas as orações. Obrigada pela compreensão da minha ausência física. Obrigada por se fazerem presentes, independente da distância que nos separa fisicamente.

Ao meu noivo Marco Túlio, por todo amor e cuidado, por ser meu ponto de apoio e equilíbrio.

À minha orientadora linda e maravilhosa Tatiane Herreira, por todos os direcionamentos, por toda paciência e sensibilidade. Obrigada por respeitar o meu tempo e por acreditar na minha capacidade. Obrigada pelos abraços, pelas palavras, pelos elogios, por se fazer presente. Obrigada por tornar minha caminhada nesse mestrado mais leve. Você é luz!

Às enfermeiras e aos enfermeiros participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e contribuições. Conhecer o cuidado que vocês oferecem e ver a busca de vocês por um cuidado com qualidade aumentou ainda mais a admiração, o respeito e orgulho que tenho pela nossa profissão.

Às enfermeiras gestoras da maternidade nos nomes de Letícia Siniski, Marcelexandra Rabelo, Denise, Rita Graziela e Aline Menon, por todo apoio e incentivo.

À equipe do Alojamento Conjunto I, nos nomes de Fabiana Rosa, Ingrid Debatin, Fernanda Lopes e Luana Caroline. Obrigada por tornarem meus dias de trabalho mais leves e alegres, mesmo diante da tamanha responsabilidade de cuidar diariamente das vidas de mulheres e recém-nascidos.

À Mileny Violante, psicóloga que me acompanhou desde a decisão de concorrer ao mestrado até a conclusão dele. Obrigada por todo acolhimento, escuta e direcionamentos.

À Mariana, minha amiga, minha referência e principal influenciadora para que eu “entrasse para o mundo da pesquisa”. Todas as vezes que as coisas estavam difíceis vinham a minha mente imagens da gente coletando dados de pesquisa da graduação e colhendo flores pelo caminho; e da nossa frase motivacional: “vai dar tudo certo!” Obrigada por continuar presente na minha vida, e por toda a ajuda, principalmente na finalização desta dissertação.

Às “pessoas-presentes” que ganhei em Curitiba: Básia, Gabi, Nonato e Andressa. Obrigada por toda parceria, por todo apoio físico e emocional.

À Darlene, a minha “mãe de coração”, que me acolheu como filha no Alojamento Conjunto, desde quando cheguei. Obrigada por todos os ensinamentos, por todo acolhimento, amor e carinho.

À banca avaliadora desta dissertação, à melhor e a mais linda banca: Silvana Kissula, Herla Jorge, Marilene Wall e Márcia Teles. Por toda disponibilidade e dedicação à leitura desse trabalho e por todas as sugestões de melhoria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde da UFPR pela oportunidade de fazer parte de um mestrado de tamanha qualidade; aos docentes pelos conhecimentos compartilhados e a queridíssima secretária Kelli Fabiane por toda sua disponibilidade.

À turma 2020-2022, por todas as conquistas alcançadas, por todas as dificuldades superadas, juntos.

Às mulheres (pacientes) da maternidade, pela confiança e reconhecimento pelo cuidado que a Enfermagem tem por vocês. Desejo vida longa e saúde a vocês e seus filhos!

"Estamos aqui, neste instante que esperou a sua vez desde o início dos tempos. Estamos aqui,  
**o caminho também é um lugar.**" (José Luís Peixoto)

## RESUMO

Este trabalho teve como produto o desenvolvimento um protocolo institucional denominado “Protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação em maternidade”. Dessa forma, teve como objetivo construir um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação em maternidade de um hospital universitário. Como delineamento metodológico, utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial proposta por Trentini e Paim, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida nos setores Centro Obstétrico; Pronto Atendimento; Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Participaram da pesquisa 31 enfermeiros assistenciais e gestores da maternidade, lotados em um dos setores de atendimento às mulheres, com no mínimo três meses de atuação. Foram excluidos os enfermeiros que não responderam ao questionário no prazo de 20 dias após envio, que estavam afastados por licenç as e os que não participaram de pelo menos uma das quatro oficinas realizadas. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2021, por meio de um formulário online e quatro oficinas remotas síncronas, norteadas por um roteiro com questões envolvendo o cuidado de enfermagem às mulheres com SHG, e embasadas no processo denominado Quatro Erres, que se divide em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. A análise de dados ocorreu mediante análise temática proposta por Bardin com auxílio do software Webqda. O estudo foi aprovado pelo Comitê de  tica e Pesquisa da maternidade local mediante parecer 4.588.214. A partir da análise dos dados coletados a partir das oficinas emergiram duas categorias: necessidade de protocolo para nortear o processo de cuidado; e o cuidado do enfermeiro   mulher com Síndromes Hipertensivas na gestação. Foi possível evidenciar que os enfermeiros demonstram conhecimento atualizado e buscam realizar seu cuidado com competências às mulheres com SHG e voltado para a integralidade; estão em constante busca de evidências; e sentem a necessidade de mais autonomia dentro do seu contexto de atuação na maternidade. Como considerações finais pode-se pontuar que este estudo proporcionou a construção de um protocolo de cuidado que não existia na instituição e que levou em consideração a realidade da instituição, as competências e fragilidades percebidas pelos enfermeiros da maternidade, o que contribui para sua utilização de forma efetiva. A tecnologia desenvolvida pode contribuir na melhoria e uniformização de condutas pelos enfermeiros e não somente em um setor, mas sim em diversos ambientes da maternidade no que diz respeito ao atendimento às mulheres com síndromes hipertensivas, para que assim, o melhor cuidado baseado em evidências seja oferecido e padronizado dentro da instituição, proporcionando seguranç a para as pacientes e com perspectivas de melhores desfechos obstétricos.

**Palavras-chave:** Gravidez. Hipertensão Induzida pela Gravidez. Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Protocolos Clínicos.

## ABSTRACT

This work had as a product the development of an institutional protocol called “Nurse care protocol for women with Hypertensive Syndromes in Pregnancy in maternity ward”. In this way, it aimed to build a protocol of nursing care for women with Hypertensive Syndromes in Pregnancy in a maternity hospital of a university hospital. As a methodological design, the Convergent Assistance Research proposed by Trentini and Paim was used, with a qualitative approach. The research was developed in the sectors Obstetric Center; Emergency Service; Rooming-in at a University Hospital in Southern Brazil. Thirty-one care nurses and maternity managers participated in the research, assigned to one of the women's care sectors, with at least three months of experience. Nurses who did not respond to the questionnaire within 20 days of sending it, who were on leave, and those who did not participate in at least one of the four workshops held were excluded. Data collection took place from August to November 2021, through an online form and four synchronous remote workshops, guided by a script with questions involving nursing care for women with SHG, and based on the process called Quatro Erres, which is divided into four phases: design, instrumentation, scrutiny, and analysis. Data analysis took place through thematic analysis proposed by Bardin with the help of Webqda software. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the local maternity hospital under opinion 4,588,214. From the analysis of the data collected from the workshops, two categories emerged: need for a protocol to guide the care process; and the nurse's care for women with Hypertensive Syndromes during pregnancy. It was possible to show that nurses demonstrate up-to-date knowledge and seek to perform their care with competence for women with SHG and focused on integrality; they are in constant search of evidence; and feel the need for more autonomy within their context of work in maternity. As final considerations, it can be noted that this study provided the construction of a care protocol that did not exist in the institution and that consider the reality of the institution, the competencies and weaknesses perceived by the maternity nurses, which contributes to their use effectively. The technology developed can contribute to the improvement and standardization of conduct by nurses and not only in one sector, but in different maternity environments about the care of women with hypertensive syndromes, so that the best evidence-based care is provided offered and standardized within the institution, providing safety for patients and prospects for better obstetric outcomes.

**Keywords:** Pregnancy. Pregnancy-Induced Hypertension. Postpartum Period. Nursing care. Clinical Protocols.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1	-	Resumo desenvolvimento das oficinas.....	37
FIGURA 1	-	Categorias e temas.....	39
QUADRO 2	-	Resumo das fases da PCA.....	40

## LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
ALT	Alanina Aminotransferase
AST	Aspartato Aminotransferase
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPEN	Comissão de Educação Permanente de Enfermagem
CHC	Complexo do Hospital de Clínicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro Obstétrico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
Cpav	Condições potencialmente ameaçadoras de vida
CR	Classificação de Risco
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHL	Desidrogenase Láctica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IRM	Incidentes Relacionados a Medicamentos
IV	Intravenoso
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
ISSHP	International Society for Study of Hypertension in Pregnancy
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da Saúde
NMM	Near Miss Materno
NEPECHE	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
NICE	Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pressão Arterial/Pronto Atendimento
PAD	Pressão Arterial Diastólica

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PBE	Prática Baseada em Evidência
PNAISM	Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RC	Rede Cegonha
RBEHG	Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SHG	Síndromes Hipertensivas na Gestação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UMI	Unidade Materno Infantil
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPR	Universidade Federal do Paraná
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
3.1	GERAL.....	21
3.2	ESPECÍFICOS.....	21
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
4.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	22
4.2	MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL POR HIPERTENSÃO GESTACIONAL.....	25
4.3	SINDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO.....	27
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>31</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
5.2	FASE DE CONCEPÇÃO.....	32
5.3	FASE DE INSTRUMENTAÇÃO.....	32
5.3.1	Local da Pesquisa.....	32
5.3.2	Participantes.....	33
5.3.3	Negociação da proposta.....	34
5.3.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	34
5.4	FASE DE PERSCRUTAÇÃO.....	35
5.5	FASE DE ANÁLISE.....	38
5.6	PRODUTO.....	41
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
6.1	NECESSIDADE DO PROTOCOLO PARA NORTEAR O PROCESSO DE CUIDADO.....	42
6.2	O CUIDADO DO ENFERMEIRO À MULHER COM SHG.....	47
6.3	PROTOCOLO.....	54
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>

<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE 3 - ROTEIRO OFICINAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 2 - TABELA DE CORREÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO.....</b>	<b>85</b>

## 1 APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Sou natural de São Francisco de Assis do Piauí - PI, formada em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), campus Senador Helvídio Nunes de Barros, localizado na cidade de Picos (PI), no ano de 2018. Durante a graduação, e no desenvolvimento dos estágios me despertou interesse a área de Saúde da Mulher, a qual tive oportunidade de realizar várias atividades tanto na atenção primária quanto na atenção hospitalar, além de desenvolver monitoria dessa disciplina. Atualmente faço especialização em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná.

Desde o quarto período da graduação, fui integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), na linha saúde do adulto e idoso - doenças crônicas, em que se trabalhava com os temas hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome metabólica. Durante a participação no GPeSC realizei atividades de pesquisa e extensão e fui bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

No último período da graduação fui aprovada no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) localizado na cidade de Curitiba, Paraná. Após dez meses da conclusão da graduação assumi o concurso, sendo esse o meu primeiro trabalho como Enfermeira.

Dentre as opções de setores de trabalho que me foram ofertadas, minha escolha foi o Alojamento Conjunto (AC), tendo em vista meu interesse pela área de Saúde da Mulher. Após quase dois anos de formada e mais de um ano de trabalho no AC me inquietava a distância das atividades de pesquisa e os problemas que observava na prática profissional que precisavam de intervenção. Surgiu então a oportunidade de concorrer a uma vaga no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Ao conhecer o programa, me interessei muito, pois era exatamente o que eu procurava: unir pesquisa e prática profissional e propor uma intervenção para melhoria do trabalho na maternidade.

Em setembro de 2020 ingressei no Mestrado Profissional, tendo como orientadora a Professora Doutora Tatiane Herreira Trigueiro. Passei a participar do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), na linha de pesquisa processo de cuidar em saúde e Enfermagem.

Para a escolha do tema de pesquisa analisei problemas do AC que precisavam de intervenção, e dentre eles se destacou as Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHG), pois

observei em minha prática profissional um número expressivo de gestantes e puérperas com SHG atendidas na maternidade, o prolongamento das internações dessas pacientes por mau controle pressórico, e alguns desfechos desfavoráveis relacionados a essa condição de saúde. Além da inexistência de protocolo de enfermagem para assistência às pacientes com SHG na maternidade.

Após análise desse cenário, reuniões com a orientadora, coleta de dados e leituras, a minha trajetória neste programa de mestrado possibilitou o desenvolvimento do produto Protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação. Espera-se que este seja um instrumento que possibilite um cuidado baseado nas evidências científicas recentes sobre a temática, alinhamento dos cuidados entre os setores que assistem as mulheres com SHG, e aproximação dos enfermeiros desses setores numa busca comum de melhoria da assistência às mulheres.

## 2 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução dá-se, na maioria dos casos sem intercorrências. Entretanto, algumas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação podem trazer risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas pela gestação, denominadas gestações de alto risco, exigindo cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, e o compartilhamento do cuidado dessas mulheres com os três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária (BRASIL, 2022a).

Essas gestações indicam maior risco de desenvolvimento de patologias com potencial de óbito materno-fetal, sendo necessário o encaminhamento da gestante/puérpera à unidade de maior nível hierárquico de pré-natal, dentre as quais cita-se: aborto de repetição; cardiopatias maternas; hepatopatias, diabetes mellitus; diabetes mellitus gestacional; hipertensão arterial crônica; hipertensão gestacional; pré-eclâmpsia, dentre outras, sendo os distúrbios hipertensivos da gestação a maior causa de morbimortalidade no mundo (BRASIL, 2022a). A gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão pré-existente; e se caracteriza pela presença de pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg (BARROSO *et al*, 2020).

Desde 2013, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, classifica a Síndrome Hipertensiva na Gestação de quatro formas: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), 2013).

As síndromes hipertensivas são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no Brasil e no mundo (BRASIL, 2022a). No ano de 2021, no Brasil, foram declaradas 2.857 mortes maternas, sendo 1.023 por causas obstétricas diretas, das quais 313 foram por hipertensão; no estado do Paraná ocorreram 182 mortes maternas, 39 por causas obstétricas diretas, sendo 11 por hipertensão; e em Curitiba 17 mortes maternas, três por causa obstétrica direta, todas por hipertensão (BRASIL, 2022b).

Dados mais recentes da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Paraná apontam, em dados preliminares, que a RMM em 2021 foi de 119,6, a maior nos cinco anos, estando acima da RMM do Brasil no mesmo ano (107,2). Em 2021 o percentual de óbito materno

por pré-eclâmpsia/eclâmpsia foi de 27%, assim como o de hemorragias 27%, sendo estas as principais causas de óbito materno por causa obstétricas diretas no estado. Cabe ressaltar que no mesmo ano, o percentual de óbito segundo a estratificação de risco foi de 61% para o alto risco, e a hipertensão foi a comorbidade mais prevalente 30% (PARANÁ, 2022).

A determinação da causa exata da pré-eclâmpsia provavelmente reduzirá significativamente as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, sua completa etiologia permanece desconhecida, o que impede que se atue na prevenção do seu desenvolvimento de maneira realmente efetiva – prevenção primária. Por outro lado, é investigado constantemente a identificação de fatores de risco que permitam a atuação no sentido de impedir a manifestação de formas graves da doença – prevenção secundária (PERAÇOLI, 2020)

Dentre os distúrbios hipertensivos, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia têm o maior impacto na morbidade e mortalidade materno-infantil, sendo que a maioria das mortes relacionadas à pré-eclâmpsia e eclâmpsia poderia ser evitada se as mulheres recebessem cuidados em tempo hábil e eficazes, prestados de acordo com os padrões baseados em evidências (OMS, 2013). Diante disso, a assistência à gestante de alto risco requer capacitação, habilidade e efetividade profissionais no manejo de situações emergenciais ou potencialmente complicadoras durante o ciclo gravídico puerperal (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Além do acompanhamento pré-natal ser primordial para prevenção de agravos, situações de risco como a eclâmpsia, pode ser prevenida e tratada por meio da identificação e controle da hipertensão gestacional, que pode ser detectada nas consultas de enfermagem e médicas (BRASIL, 2011). A estratificação de risco da gestante deve ser realizada em todos os atendimentos, de forma contínua. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco. Caso a gestante apresente alguma situação de risco obstétrico, deve ter acesso ágil aos serviços necessários de referência secundária ou terciária com instalações neonatais que ofereçam cuidados específicos (BRASIL, 2022a).

O manejo adequado dos agravos relacionados às SHG na atenção hospitalar é imprescindível, pois assim como a cobertura do cuidado pré-natal está associada à baixa mortalidade pré-parto, e a presença de um profissional qualificado na assistência ao parto está associada à baixa mortalidade pós-parto (MERDAD; ALI, 2018).

Enfatiza-se que o cuidado às mulheres com SHG deve ser compartilhado nos três níveis de atenção à saúde: atenção primária, secundária (ambulatorial) e terciária (com alta densidade tecnológica). A APS tem importante papel na prevenção e deve ser fortalecida para que as gestantes com SHG sejam bem assistidas e não evoluam para quadros graves. E

se evoluírem gravemente, devem ser seguramente encaminhados para outros níveis de atenção (FIOCRUZ, 2022).

A internação hospitalar é indicada para um diagnóstico mais preciso da SHG, ou em casos graves de pressão arterial elevada, para maior vigilância, monitorização e tratamento oportuno dessas mulheres. Ressalta-se que em emergências é fundamental a utilização de protocolos bem definidos, baseados em evidências e com profissionais treinados para realizar as intervenções necessárias, destacando-se a ampla atuação do enfermeiro nesses cenários (FIOCRUZ, 2022).

A *International Society for Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) recomenda que cada unidade tenha uma política específica quanto às diretrizes de gestão que devem ser seguidas para que haja uma prática uniforme dentro de cada unidade. Além disso, cada unidade deve se esforçar para registrar e avaliar seus resultados maternos e fetais para garantir que suas políticas e diretrizes permaneçam adequadas (MAGEE *et al*, 2021). Para isso, sugere-se que as políticas enfatizem a qualificação dos profissionais para utilização dos protocolos de atendimento, contribuindo para a diminuição das estatísticas do óbito materno (SCHOLZE *et al.*, 2020).

O alto índice de morbimortalidade ocasionado por complicações, e alta taxa de desfechos desfavoráveis, torna imprescindível um cuidado qualificado e baseado nas melhores evidências científicas, de modo a permitir ao Enfermeiro a tomada de decisão na assistência à saúde, com vistas ao plano de cuidados fundamentado na incorporação de resultados de pesquisa a sua prática. Criar e adotar protocolos de cuidado pautados em evidência científica na prática clínica do enfermeiro, diariamente, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de assistência de qualidade e segura (FERREIRA *et al.*, 2016).

A necessidade de protocolos para guiar e orientar a prática, advindos como uma forma de sistematizar a assistência de enfermagem faz-se necessário no cotidiano do enfermeiro e equipe de enfermagem, assim a partir da inexistência deste em setores onde se presta cuidados às mulheres com SHG, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como construir um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação em maternidade?

Destarte, a pesquisa se justifica tendo em vista a significância dos índices de mortalidade materna por Síndromes Hipertensivas na Gestação no Brasil, no estado do Paraná e em Curitiba, e a necessidade de protocolos institucionais para guiar o cuidado do Enfermeiro, tornam evidente a importância da realização desta pesquisa de modo a melhorar ou reforçar a qualidade do atendimento às mulheres com essa condição e o manejo das possíveis

complicações, e por conseguinte, diminuir desfechos desfavoráveis e a morbimortalidade nessa população.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Construir um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação em maternidade de um hospital universitário.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as fragilidades e potencialidades dos enfermeiros no cuidado às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação nos setores de pronto atendimento, centro obstétrico e alojamento conjunto;
- Aprender com os enfermeiros as práticas assistenciais frente a Síndromes Hipertensivas na Gestação.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi organizada em três partes. Na primeira, abordou-se às políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, com ênfase nas políticas de atenção obstétrica. No segundo subitem, apresentou dados estatísticos sobre a mortalidade materna por hipertensão gestacional no Brasil, no estado do Paraná e na capital Curitiba. O último subitem, discutiu-se sobre a caracterização, sinais, sintomas e complicações das síndromes hipertensivas na gestação.

### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, no entanto, limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto, restringindo-se à sua função reprodutiva. Na década de 90, a partir da atuação do movimento de mulheres no campo da saúde e as vigorosas críticas por essa visão reducionista, e reivindicações de sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e do parto, incorpora-se as dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa concepção de direitos. E propõe-se a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher, a partir da demanda de ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva de integralidade, em 1984, o MS elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM) com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério, com ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional (BRASIL, 2004; BRASIL, 1984).

Nas décadas seguintes, outras políticas foram adotadas. Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque igualmente prioritário nos indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina (BRASIL, 2012). No ano 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e

puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

A garantia do cuidado pré-natal de qualidade às gestantes inclui identificação de risco; prevenção e gestão de doenças relacionadas com a gravidez ou concomitantes; e educação para a saúde e promoção da saúde (WHO, 2016). E pressupõe a avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar no impedimento de resultado desfavorável (BRASIL, 2012).

Em 2004, a partir da necessidade do MS de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país, foi elaborada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como um dos objetivos contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

O cuidado pré-natal reduz a morbidade materna e perinatal e mortalidade tanto diretamente, por meio da detecção e tratamento de complicações relacionadas à gravidez, quanto indiretamente, por meio da identificação de mulheres com maior risco de desenvolver complicações durante o trabalho de parto e parto, visando garantir o encaminhamento a um nível de atenção adequado (WHO, 2016).

Considerando os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil, em 2011 foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha (RC), que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

O município de Curitiba apresenta uma experiência prévia e de destaque na atenção à gestante e, conseqüentemente, na redução da mortalidade materna e infantil, o Programa Mãe Curitibana, implementado em 1999, que teve como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessárias, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno. Tendo como princípios: humanização no atendimento, aumento da segurança e melhoria da qualidade da assistência às gestantes e crianças de Curitiba (CURITIBA, 1999; JIMENEZ *et al.*, 2001; OPAS; CONASS, 2013).

O Programa Mãe Curitibana traduz-se num modelo de atenção desejado do SUS de Curitiba, que prima pelo acesso e pela qualidade da atenção, é reconhecido nacional e internacionalmente. Esse modelo levou ao desenvolvimento de propostas similares em outras

idades e estados, como o Programa Mãe Paulistana, em São Paulo; o Mãe Morena, em Campo Grande; o Mãe Coruja, em Pernambuco; o Mãe Santanense, em Santana do Ipanema; o Mãe Mogiana, em Mogi das Cruzes; o Mãe Paranaense, no Paraná; e a Rede Cegonha do Governo Federal (JIMENEZ; PCHEBILSKI, 2013; SILVA; KAUCHAKJE, 2015; ZERMIANI, T.C., 2020).

Recentemente, houve a mudança de nome de Programa Mãe Curitibana para Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, justificando-se devido às Redes de Atenção trazerem consigo conceitos de integração de ações e continuidade do cuidado coordenado pela atenção primária (CURITIBA, 2021).

A partir da experiência exitosa do Mãe Curitibana, em 2012, a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense, com o objetivo de qualificar e ampliar os serviços para a redução da mortalidade materno e infantil, e visando o cuidado integral à mulher, na fase gravídico-puerperal e da criança, nos primeiros anos de vida. Apresentando como resultado redução da MM no estado (SCHOLZE *et al.*, 2020).

Com a constituição dos programas no Brasil nos últimos 30 anos, percebe-se o avanço na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, porém, a redução da morbimortalidade materno e infantil permanece um desafio, pois a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória (BRASIL, 2012). No estado do Paraná e no município de Curitiba, os programas Mãe Paranaense e Mãe Curitibana, têm atingido seu objetivo de reduzir a mortalidade materna, entretanto, ainda há ocorrências de mortes evitáveis (BRASIL, 2017, ZERMIANI, T.C., 2020).

Destacando a importância do desenvolvimento de políticas e programas de atenção à saúde, além da imprescindível necessidade o aprimoramento, fortalecimento e avaliação dos programas e das políticas já existentes. Sendo necessário investimentos tanto em recursos materiais quanto em recursos humanos, com vistas a disponibilizar estrutura adequada, profissionais capacitados e acompanhamento constante dessas ações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todos os partos sejam acompanhados por um profissional da saúde capacitado, de forma que intervenções efetivas possam ser implementadas a fim de evitar e poder manejar quaisquer complicações que possam surgir, no entanto em muitos países de baixa e média renda, a exemplo do Brasil, a falta de recursos financeiros e de profissionais da saúde capacitados, existe o risco de que tais políticas possam levar à sobrecarga dos serviços de assistência à saúde, o que poderia gerar graves implicações para a qualidade geral do atendimento (OMS, 2013; BRASIL, 2011).

## 4.2 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL POR HIPERTENSÃO GESTACIONAL

A Mortalidade Materna (MM) é um importante problema de saúde pública no mundo, especificamente nos países em desenvolvimento, devido à sua alta magnitude e menor padrão de declínio. Sua associação a múltiplos fatores socioeconômicos, fatores do sistema de saúde, carga de doenças e suas complexas interações apontam para a necessidade de políticas e programas direcionados a melhorar a saúde materna e reduzir mortes maternas, considerando a dinâmica populacional, a influência socioeconômica e os fatores do sistema de saúde que colocam as mães em risco (GIRUM; WAISE, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (1995), define a MM como “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o parto, independente da duração ou da sua localização, devido a qualquer causa relacionada com/ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais”. Outro conceito utilizado para avaliar o desempenho do serviço de saúde ou do sistema de saúde na redução de desfechos maternos graves é o Near Miss Materno (OMS, 2011) definido como: "uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação materna grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez” (OMS, 1995).

A redução da mortalidade materna e infantil é uma das metas dentro do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) “Saúde e Bem-estar”, que compõe a Agenda 2030 – um plano de ação que propõe estratégias globais de desenvolvimento sustentável pelo período de 15 anos, contemplando as dimensões social, ambiental e econômica de forma integrada e indivisível (BRASIL, 2017).

Um dos ODS visa reduzir a mortalidade materna média global de 216 a cada 100.000 nascidos vivos em 2015, para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030. A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos e a meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos. Os ODS contemplam também a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2021; PORTAL ODS, 2021). Para o alcance desses objetivos, é essencial promover o acesso das mulheres aos cuidados em saúde de qualidade antes e durante a gestação, o parto e pós-parto (WHO, 2017).

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2009). Pesquisa realizada em 82 países em desenvolvimento, que compartilham as maiores taxas de mortalidade materna global, observou

relação significativa entre a Razão de Mortalidade Materna (RMM) e variáveis socioeconômicas, de saúde e indicadores de morbidade. Mostrou correlação inversa e significativa da taxa de MM com a cobertura de cuidados pré-natais, assistência qualificada ao parto, acesso a uma fonte de água e saneamento melhorados, taxa de alfabetização de adultos, renda nacional bruta per capita (GIRUM; WAISE, 2017).

A MM pode ocorrer por causas obstétricas diretas ou indiretas, as diretas são por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. E as indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas (BRASIL, 2020). Em 2015, em todo o mundo, aproximadamente 830 mulheres morreram por dia devido a complicações durante a gravidez ou o parto, sendo que a maioria dessas mortes poderia ser evitada (WHO, 2017).

Os óbitos maternos por causas obstétricas diretas são os que podem apresentar menores incidências, visto que suas causas estão associadas ao pré-natal de baixa qualidade ou a falta de acesso ao pré-natal, e poderiam ser evitados sem necessidade do uso de tecnologias complexas ou de alto custo. No entanto, os países em desenvolvimento, são responsáveis pela maioria dos óbitos, mesmo com a redução ocorrida nas últimas décadas, devido principalmente ao aprimoramento da assistência pré-natal e à melhor condução do parto e puerpério. No Brasil, respondem por cerca de dois terços desses óbitos, denotando a baixa qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestados às mulheres brasileiras (BRASIL, 2009; SOUZA *et al.*, 2013; SCHOLZE *et al.*, 2020).

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas. Em média, por ano, ocorreram 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos (BRASIL, 2020). No estado do Paraná, de 2014 a 2018 a MM por causas diretas foi de 61,7% (PARANÁ, 2020). E no município de Curitiba, nos últimos dez anos, 65% óbitos maternos foram por causas obstétricas diretas, enquanto 35% foram classificados como causa obstétrica indireta (CURITIBA, 2019).

A Morte Materna é analisada numericamente através da Razão de Mortalidade Materna (RMM), obtida com cálculo que relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos (CURITIBA, 2019). A RMM reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de MM estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o

planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério (RIPSA, 2008).

Análise dos valores da RMM do Brasil e dos estados do Sul do País, no período de 2014 a 2018 mostrou RMM mais elevada no Brasil no ano de 2017 (58,7/100 mil nascidos vivos), e mais baixa no ano de 2018 (51,6/100 mil nascidos vivos). Sendo o Paraná o estado que apresentou a RMM mais elevada – 41,3 (2014); 51,6 (2015); 47,1 (2016); 38,4 (2018) a cada 100 mil nascidos vivos, com exceção do ano de 2017 (31,7/100 mil nascidos vivos), no qual a RMM foi a menor dos três estados da região e também a menor comparada aos demais anos do próprio estado (PARANÁ, 2020).

No ano de 2017, o Paraná foi o estado que apresentou menor RMM do País (31,71 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos), enquanto o Pará foi o estado que apresentou maior taxa de mortalidade materna (93,02 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos). No que se refere a cobertura pré-natal, nesse mesmo ano, no Paraná 84,19% de gestantes foram acompanhadas com 7 ou mais consultas pré-natais, enquanto no Pará apenas 47,58% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas (PORTAL ODS, 2021).

O Paraná registrou, entre os anos de 1996 a 2017, 2.131 óbitos maternos (PORTAL ODS, 2021). Estudo retrospectivo realizado para analisar a mortalidade materna no estado do Paraná após a implantação da Rede Mãe Paranaense, no período de 2009 a 2014, mostrou que embora o estado não tenha alcançado o objetivo, as macrorregionais de saúde apresentaram redução da Taxa de Mortalidade Materna (TMM) após a implantação da RMP, destacando a melhoria no cuidado e atenção durante o período gravídico-puerperal. A TMM no estado do Paraná diminuiu aproximadamente em média 37% no período de 2009 a 2014, após a implantação da Rede Cegonha (SCHOLZE *et al.*, 2020).

Análise da TMM no município de Curitiba, entre os anos de 1996 e 2019, observou significativa redução desde o ano de implementação do Programa Mãe Curitibana, passando de 81,03 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para 14,02 em 2019. Houve alguns picos ao longo do período, em 2004, 2006, 2008, 2010 e 2014, no entanto desde 2016, tem se mantido as taxas dentro dos valores estabelecidos pela OPAS (ZERMIANI *et al.*, 2018; ZERMIANI *et al.*, 2020). Destaca-se também que houve redução na taxa de mortalidade de crianças menores de um ano, em 1995, era de 20,33 óbitos a cada mil nascidos vivos e em 2017, reduziu para 8,31 óbitos (PORTAL ODS, 2021).

No Brasil, a três principais causas diretas e indiretas que merecem atenção são a hipertensão, a hemorragia e doenças do aparelho circulatório, pois apresentam os maiores índices de óbitos maternos no País e estão diretamente relacionados com fatores

sociodemográficos (COSTA; OLIVEIRA; LOPES, 2021). Dentre as causas MM direta, a mais prevalente no Brasil é a hipertensão. Entre os óbitos maternos ocorridos, nos anos de 1996 a 2018 ocorreram 8.186 óbitos por hipertensão (BRASIL, 2020). As doenças hipertensivas são, em destaque a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além da principal causa de mortalidade, também a principal causa de Near Miss materno, no Brasil (BRASIL, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

No estado do Paraná, os transtornos hipertensivos são a segunda principal causa de MM, correspondendo a 24,4%, atrás apenas das hemorragias (26,3%) (PARANÁ, 2020). Em Curitiba, as causas hipertensivas representam 19,2% de MM, sendo a segunda principal causa, enquanto as hemorrágicas representam a principal causa de MM com 32,7% (CURITIBA, 2019).

Análise dos óbitos maternos em Curitiba, no período de 2000 a 2017, mostra importante redução ao longo dos anos, observando-se manutenção da RMM abaixo de 20 por 100 mil nascidos vivos desde 2016, considerado baixo pelos critérios da OMS. No entanto, ao se analisar a evitabilidade dos óbitos maternos dos últimos dez anos, a maioria destes (71,2%) foram considerados evitáveis, demonstrando que estratégias focalizadas para sua redução podem ser fortalecidas (CURITIBA, 2019).

#### 4.3 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam quase 10% de todas as mulheres grávidas em todo o mundo. Este grupo de doenças e condições inclui a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a hipertensão gestacional, a hipertensão crônica e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. São umas das causas mais importantes de morbidade grave, incapacidade prolongada e morte entre as mães e seus bebês. Na Ásia e na África, quase um décimo de todas as mortes maternas está associado a distúrbios hipertensivos da gravidez, ao passo que um quarto de todas as mortes maternas na América Latina tem sido associado a essas complicações (DULEY, 2009; STEEGERS *et al.*, 2010; OMS, 2013; FEBRASGO, 2017).

As morbidades graves associadas à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia, que podem determinar a morte, incluem insuficiência renal, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, coagulopatia e insuficiência hepática. As complicações fetais e neonatais resultam principalmente de insuficiência placentária e da frequente necessidade de antecipação prematura do parto, resultando em elevadas taxas de morbimortalidade perinatal (DU- LEY, 2009; ANANTH; VINTZILEOS, 2008).

A hipertensão pode ser caracterizada por valores pressóricos iguais ou superiores a 140 de pressão sistólica por 90 de pressão diastólica por mmHg, quando se desconhece os valores basais do indivíduo, após, pelo menos, duas aferições em condições ideais e em ocasiões diferentes, em um intervalo mínimo de, pelo menos, seis horas entre as medidas. A medida deve ser feita com a paciente sentada e repetida em um ou dois intervalos de cinco minutos. Caso se conheça o nível tensional prévio, deve-se considerar como hipertensas gestantes que apresentarem aumento de 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) e/ou 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) (OMS, 2013; FEBRASGO, 2017).

A hipertensão gestacional ocorre quando a hipertensão sem proteinúria ou características graves se desenvolve após 20 semanas de gestação e os níveis de pressão arterial voltam ao normal no período pós-parto (ACOG, 2020). Já a pré-eclâmpsia é um distúrbio da gravidez associada à hipertensão de novo início, que ocorre mais frequentemente após 20 semanas de gestação e frequentemente perto do termo. Embora muitas vezes acompanhado de proteinúria de novo início, hipertensão e outros sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia possam apresentar em algumas mulheres na ausência de proteinúria (HOMER *et al.*, 2008).

A eclâmpsia é a manifestação convulsiva dos distúrbios hipertensivos da gravidez e está entre as manifestações mais graves da doença, podendo ocorrer antes, durante ou após o parto. É definida por crises tônico-clônicas, focais ou multifocais de início recente na ausência de outras condições causais, como epilepsia, isquemia arterial cerebral e infarto, hemorragia intracraniana ou uso de drogas (ACOG, 2020).

Frequentemente, em 78 a 83% dos casos, a eclâmpsia é precedida por sinais premonitórios de irritação cerebral, como cefaléias occipitais ou frontais, fotofobia e escotomas. Outros sinais podem ser hiperreflexia, náuseas e vômitos, bem como dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, sintomas esses relacionados com comprometimento hepático. No entanto, a eclâmpsia também pode ocorrer na ausência de sinais ou sintomas de alerta (COORAY, 2011; NORAIHAN; SHARDA; JAMMAL, 2005; FEBRASGO, 2018).

As pacientes podem apresentar também a síndrome HELLP, uma das formas mais graves da pré-eclâmpsia, que tem sido associada a taxas aumentadas de morbimortalidade materna. O termo HELLP deriva do inglês e refere-se à associação de intensa hemólise (Hemolysis), comprometimento hepático (Elevated Liver enzymes) e consumo de plaquetas (Low Platelets), em pacientes com pré-eclâmpsia (BARTON; SIBAI, 2004; PERAÇOLI, 2020).

Embora a síndrome HELLP seja principalmente uma condição do terceiro trimestre, em 30% dos casos ela é manifestada pela primeira vez ou progride no pós-parto. Além disso, a

síndrome HELLP pode ter um início insidioso e atípico, com até 15% dos pacientes sem hipertensão ou proteinúria (MARTIN *et al.*, 1999). Na síndrome HELLP, os principais sintomas manifestos são dor no quadrante superior direito e mal-estar generalizado em até 90% dos casos e náuseas e vômitos em 50% dos casos (SIBAI, 1990; TOMSEN, 1995).

A pré-eclâmpsia se destaca entre os distúrbios hipertensivos pelo seu impacto na saúde materna e neonatal. Ela é uma das maiores causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal em todo o mundo. O único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia é a interrupção da gravidez/ expulsão do feto e da placenta, embora algumas mulheres com pré-eclâmpsia também apresentem um agravamento transitório da doença no período pós-parto. A gestão do cuidado a mulheres com pré-eclâmpsia almeja minimizar ainda mais as complicações relacionadas a gravidez, evitando a prematuridade desnecessária e maximizando a sobrevida materna e infantil (STEEGERS *et al.*, 2010; OMS, 2014).

Diante disso, é fundamental buscar o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Na assistência pré-natal, deve-se dar atenção para o ganho de peso, principalmente quando ele acontece de maneira rápida e acompanhada de edema de mãos e face. Deve-se ainda atentar para os níveis pressóricos e para as queixas relacionadas a sinais e/ou sintomas de comprometimento de órgãos-alvo como dor epigástrica e/ou localizada em hipocôndrio direito (FEBRASGO, 2018).

Na vigência da eclâmpsia, são considerados princípios básicos de conduta: evitar trauma por queda, manter a permeabilidade das vias aéreas, garantir suporte de oxigênio e prevenir a aspiração em casos de vômitos. Assim, preconiza-se colocar a gestante em decúbito lateral esquerdo ou semi-sentada em maca ou cama com grades laterais, utilizar cânula de Guedel, fornecer oxigênio nasal 5 L/min e obter prontamente acesso venoso (PERAÇOLI, 2020).

Destaca-se que a OMS (2014) preconiza o uso de protocolos assistenciais, assim como a prevenção e tratamento destes quadros com sulfato de magnésio. O uso do sulfato associado à assistência de qualidade reduz em até 50% o risco de mortalidade por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (DULEY, 2009). Os enfermeiros são os primeiros profissionais a terem contato com a gestante em emergência obstétrica, portanto, é essencial que a assistência de enfermagem seja pautada em evidências científicas atualizadas (OMS, 2012). A sistematização do cuidado de enfermagem específico a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia é capaz de reduzir complicações e taxas de morbimortalidade (FERREIRA, *et al.*, 2016).

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

O desenho emergente em estudos qualitativos são um reflexo de seu desejo de ter a investigação baseada nas realidades e pontos de vista daqueles que estão sendo estudados, busca a compreensão de um ponto de vista holístico, visa compreender o todo a partir do relato da experiência (POLIT; BECK, 2019).

A PCA é uma abordagem de pesquisa que foi desenvolvida pelas enfermeiras Doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim nos anos de 1980 a 1990, e publicada, pela primeira vez, em 1999. Caracteriza-se pela realização de melhoramentos com introdução de inovações no contexto da prática assistencial de enfermagem e saúde. A PCA nasce da prática assistencial de saúde e a ela retorna com soluções teorizadas de natureza tecnológica do cuidar (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

Trentini, Paim e Silva (2014, p. 21) apresentam a PCA como:

Um delineamento dual, por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 21).

Esta abordagem metodológica está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Desse modo, justifica-se a escolha da abordagem metodológica para o desenvolvimento da pesquisa tendo em vista a imersão da pesquisadora no contexto investigativo.

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014) o conceito de convergência na PCA diz sobre a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. Uma contínua ação dialógica que produz ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o grupo de profissionais da assistência, e leva à efetivação da construção do nexos pensar e fazer na busca da concretização de mudanças e/ou inovações na prática assistencial em saúde. O desenvolvimento da PCA divide-se em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

## 5.2 FASE DE CONCEPÇÃO

A primeira fase, a da concepção, é aquela na qual se é delimitado a situação problema, justificativa, referencial teórico, o próprio referencial metodológico e metodologia (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim, foi definido o tema: assistência de enfermagem às mulheres com Síndrome Hipertensiva na Gestação. A partir do levantamento de necessidade de mudanças na prática assistencial, seguido de uma busca da literatura sobre o tema. Que culminou na decisão de elaborar um protocolo assistencial com a finalidade de guiar a prática profissional da enfermagem para sistematizar o cuidado às mulheres com SHG. Nessa fase deu-se a origem do problema de pesquisa: Como construir um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com síndromes hipertensivas da gravidez, em maternidade?

## 5.3 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

É a fase na qual se elabora os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa, como: descrição do local e participantes da pesquisa, instrumentos e técnicas para coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nessa fase realizou-se a descrição das unidades de atendimento às mulheres com SHG; e a coleta de dados, que se deu por meio de formulário semiestruturado (APÊNDICE 2) sobre: o perfil profissional dos enfermeiros, as principais facilidades e dificuldades no atendimento à gestantes e puérperas com SHG; e por meio da realização de oficinas com temas pré-definidos pelas pesquisadoras e com base no formulário aplicado. Os temas das três últimas oficinas foram restabelecidos após a primeira oficina - fase de reconhecimento, de acordo com as potencialidades e fragilidades apontadas pelos enfermeiros.

### 5.3.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na maternidade de um hospital público universitário, nos setores que atendem gestantes e puérperas: Pronto Atendimento (PA); Centro Obstétrico (CO); Alojamento Conjunto I e II (AC). A maternidade citada é referência em assistência a gestantes de alto risco. Mas desde março de 2020 atende também gestantes de baixo risco que eram vinculadas a outra maternidade pertencente ao Complexo Hospitalar, devido a reorganização da instituição para o combate a Covid-19 (DADOS FORNECIDOS PELA MATERNIDADE).

O Pronto Atendimento não possui leitos, pois as pacientes são avaliadas e encaminhadas para internação no alojamento conjunto ou centro obstétrico. Esse setor em 2020 realizou 23.042 consultas (DADOS FORNECIDOS PELA MATERNIDADE).

O CO realiza cirurgias obstétricas, partos vaginais e cesáreas, internação de ginecologia e obstetrícia e emergência obstétrica durante 24 horas. A capacidade física do serviço é de 14 leitos, sendo divididos em seis leitos de pré-parto, quatro leitos de tratamento e quatro leitos de recuperação anestésica. No ano de 2020 atendeu a 3.971 mulheres, realizou 1.884 partos vaginais e 1.433 cesarianas. Em 2021, 2.146 parto vaginais e 1.443 cesarianas. Cabe ressaltar que, em 2021 os enfermeiros obstetras foram responsáveis por atender diretamente 971(46,09%) processos de nascimentos (DADOS FORNECIDOS PELA MATERNIDADE).

O Alojamento Conjunto I possui 20 leitos para internação de gestantes, puérperas e binômios, e o Alojamento Conjunto II 28 leitos, nos quais são internadas também pacientes pré e pós cirurgias ginecológicas. Em 2020, nesses setores, internaram 2.357 e 2.292 mulheres, respectivamente (DADOS FORNECIDOS PELA MATERNIDADE).

### 5.3.2 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa todos os Enfermeiros da Maternidade do hospital lotados nos setores supracitados. Atualmente o serviço conta com 47 destes profissionais, sendo: 12 no PAGO, 18 no CO, 17 no AC, que prestam assistência direta a gestantes e puérperas de risco habitual, intermediário e de alto risco e gestores, nos diferentes turnos de trabalho.

Para o recrutamento e seleção dos participantes, a pesquisadora entrou em contato por meio de aplicativo de mensagens (*WhatsApp*) com os Enfermeiros que trabalham nas unidades, assim foi realizada uma breve apresentação da proposta de pesquisa e o convite de participação. Aos que previamente aceitaram o convite foi realizado encontro presencial para efetivação da participação, esclarecimentos de dúvidas e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE 1). Posteriormente foi enviado por meio eletrônico, disponibilizado pelo participante na assinatura do TCLE, um questionário via *Google Forms*, referente ao tema da pesquisa (APÊNDICE 2). Para tanto, diante do não preenchimento pelo participante, foi enviado um lembrete após nove dias e outro após dezoito dias do envio.

Foram utilizados como critérios de inclusão: enfermeiro assistencial ou gestor, lotado em um dos setores de atendimento às mulheres, com no mínimo três meses de atuação nos setores: Pronto Atendimento (PA); Centro Obstétrico (CO); Alojamento Conjunto (AC), por considerar um tempo médio para adaptação e integração nos setores. E como critérios de exclusão: não responder ao questionário no prazo de 20 dias após envio, estar afastado por licenças e não ter participado de pelo menos uma oficina.

Dessa forma, 47 enfermeiros foram convidados a participar, 36 assinaram o TCLE e responderam ao questionário, contudo cinco não participaram de pelo menos uma oficina. Assim, participaram das oficinas 31 enfermeiros, sendo seis do PA; 10 dos AC I e II; e 15 do CO.

### 5.3.3 Negociação da proposta

Considerando que o processo de mudanças se caracteriza como um trabalho coletivo, o pesquisador precisa negociar o projeto de mudança/ inovação com os participantes que se comprometerem com a continuidade da concretude das mudanças na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Desse modo, primeiramente foi apresentado às chefias de Enfermagem da Unidade Materno Infantil (UMI) e chefia da Comissão de Educação Permanente de Enfermagem (CEPEN) a proposta do projeto de pesquisa, enfatizando a relevância para a melhoria da assistência às mulheres. Após concordância e autorização destas unidades, deu-se seguimento a pesquisa. Outra reunião foi realizada para alinhamento com as chefias da maternidade antes do início da coleta dos dados.

### 5.3.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A elaboração dos instrumentos e coleta de dados foi idealizada considerando a necessidade de distanciamento social devido à pandemia de COVID-19. Em relação aos passos para a coleta de dados, primeiramente, foi elaborado um questionário *online* (APÊNDICE 2) para caracterização dos participantes e questões sobre potencialidades e fragilidades de sua prática profissional no cuidado às gestantes e puérperas com SHG, enviado no mês de agosto de 2021. As respostas obtidas a partir desse questionário serviram como um guia orientador para elaborar as oficinas remotas síncronas para os enfermeiros sobre cuidado às mulheres com SHG.

As oficinas remotas síncronas foram realizadas no mês de novembro de 2021, em ambiente virtual e gravadas, via *Microsoft Teams*. Foram realizadas quatro oficinas, mediante quatro temas, para cada tema foram realizadas duas oficinas, nos períodos matutino e vespertino, para que todos os enfermeiros pudessem ter a possibilidade de participação fora do seu período de trabalho. Os temas das oficinas foram: reconhecimento; cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG); Sistematização do cuidado de Enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG); e construção.

Os encontros foram realizados semanalmente e as datas acordadas foram enviadas com 15 dias de antecedência por meios de contatos digitais. As oficinas foram norteadas por um roteiro (APÊNDICE 3) com questões envolvendo o cuidado de enfermagem às mulheres com SHG, e embasadas no processo denominado Quatro Erres (Rs) qual se divide em quatro fases (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014):

- Fase de Reconhecimento: primeiro encontro, interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo;
- Fase da Revelação: identificar as experiências em comum e revelações em relação ao assunto em discussão;
- Fase do Repartir: por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabelece condições para tomada de decisões;
- Fase do Repensar: reflexão e transferência do aprendizado para as situações reais.

Participaram das oficinas 31 enfermeiros: seis do PA; 10 do AC; e 15 do CO. A duração média de cada oficina foi de 52 minutos. O tempo total de gravação das oficinas foi de 413 minutos. O resumo do desenvolvimento das oficinas está apresentado no quadro 1.

#### 5.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

É a fase de examinar, investigar rigorosamente e averiguar possibilidades de mudanças na prática assistencial. Nessa fase é necessário que o pesquisador desenvolva habilidade e sensibilidade para coleta, análise e aprimore os dados disponíveis. A elaboração de estratégias convergentes para alcançar as mudanças pretendidas na prática assistencial e os profissionais que estarão envolvidos nesse processo, para isso, é fundamental nessa estratégia a imersão das pesquisadoras na realidade da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Foram realizadas quatro oficinas com temas pré-estabelecidos pelas pesquisadoras de acordo com as potencialidades e fragilidades apontadas pelos participantes ao responderem o

formulário inicial e de acordo com a análise de literatura sobre o tema. Em cada oficina o Enfermeiro foi convidado a fazer uma reflexão sobre a prática profissional no cuidado às mulheres com SHG. Na última oficina foi apresentado o esqueleto do protocolo e realizadas as últimas considerações e contribuições dos participantes.

QUADRO 1 - Resumo desenvolvimento das oficinas

<b>OFICINA 1 - FASE DE RECONHECIMENTO</b>				
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Data/Duração</b>	<b>Participantes</b>	<b>Desenvolvimento</b>
Reconhecimento	Estabelecer o diálogo participativo em relação ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com síndromes hipertensivas da gravidez, à percepção dos Enfermeiros quanto ao tema e demonstrar a importância da pesquisa.	Datas: 03 e 04/11/2021 Duração: 2h 22min 48s	27	- Boas-vindas aos participantes; - Apresentação em PowerPoint sobre tema e objetivo da oficina; - Discussão e reflexão sobre o tema; - Troca de experiência entre os participantes; - Encerramento da oficina.
<b>OFICINA 2 - FASE DA REVELAÇÃO</b>				
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Data/Duração</b>	<b>Participantes</b>	<b>Desenvolvimento</b>
Cuidado de Enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez	Estabelecer a reflexão em relação ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com síndromes hipertensivas da gravidez nos setores: Pronto Atendimento, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto.	Datas: 10 e 11/11/2021 Duração: 2h 04min 13s	20	- Boas-vindas aos participantes; - Apresentação em PowerPoint sobre tema e objetivo da oficina; - Discussão e reflexão sobre o tema; - Troca de experiência entre os participantes; - Encerramento da oficina.
<b>OFICINA 3 - FASE DO REPARTIR</b>				
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Data/Duração</b>	<b>Participantes</b>	<b>Desenvolvimento</b>
Sistematização do cuidado de Enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez	Estabelecer junto aos Enfermeiros caminhos e consensos para a sistematização do cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG na maternidade.	Datas: 17 e 18/11/2021 Duração: 1h 49min 52s	23	- Boas-vindas aos participantes; - Apresentação em PowerPoint sobre tema e objetivo da oficina; - Discussão e reflexão sobre o tema; - Troca de experiência entre os participantes; - Encerramento da oficina.
<b>OFICINA 4 - FASE DO REPENSAR</b>				
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Data/Duração</b>	<b>Participantes</b>	<b>Desenvolvimento</b>
Construção	Apresentar o esboço do protocolo referente ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG, elaborado por meio das discussões e consensos com os Enfermeiros da maternidade.	Datas: 24 e 25/11/2021 Duração: 36min 07s	18	- Boas-vindas aos participantes; - Apresentação do objetivo da oficina; - Apresentação do esqueleto do protocolo; - Reflexões e contribuições finais dos participantes; - Troca de experiência entre os participantes; - Agradecimento pelas contribuições; - Encerramento da oficina.

FONTE: As autoras (2022).

## 5.5 FASE DE ANÁLISE

É aquela que contempla os processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A análise dos dados foi realizada conforme a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016, p.44), a qual compreende:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (BARDIN, 2016, p.44).

De acordo com Bardin (2016) há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. Encontrar os núcleos de sentido, que podem ajudar a elucidar algumas questões que estão sendo pesquisadas de acordo com a presença e frequência de aparecimento é o ponto chave desse tipo de análise. Os critérios de organização de uma análise de conteúdo ocorrem mediante o desenvolvimento de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise o material que compõe o corpus da pesquisa é organizado, respeitando-se algumas regras: (i) exaustividade, onde sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, utilização de amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, sendo os dados referentes ao mesmo tema e coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, adaptando-se os documentos aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, não classificando um elemento em mais de uma categoria (BARDIN, 2016). As oficinas resultaram em um material de áudio e vídeo com o total de 413 minutos, sendo cada oficina com duração média de 52 minutos. Posteriormente, este material foi transcrito na íntegra, resultando em um documento de word com 52 páginas, as quais foram lidas e ajustadas quanto à língua portuguesa.

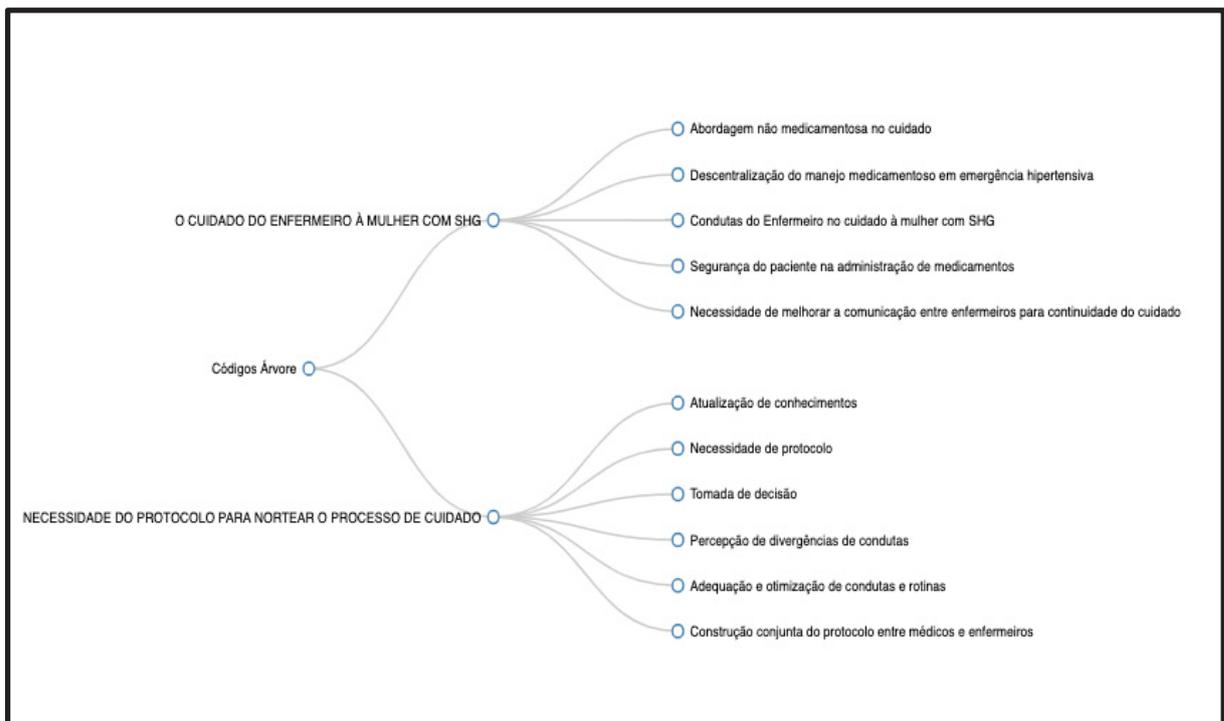
Na segunda fase, a exploração do material, foi explorada as interpretações e inferências, e a coleta realizada é estudada com profundidade. As unidades de contexto - partes das falas significativas - serão identificadas e posteriormente nomeadas, formando as unidades de registro ou temas, as quais posteriormente serão agrupadas por afinidade ou exclusão para a formação das categorias. Nessa fase foram realizadas codificações, decomposições e enumeração baseados em regras pré-estabelecidas (BARDIN, 2016). Esta fase resultou em um

total de 12 temas ou unidades de registro que por afinidade e exclusão culminaram em duas categorias, quais serão apresentadas a seguir (FIGURA 1).

A terceira fase corresponde ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. São estabelecidos quadros de resultados, diagramas, figuras e outras formas de apresentação para análise. Os resultados da análise, se significativos, poderão propor mudanças no contexto vivenciado (BARDIN, 2016). Nesta etapa os achados foram fundamentados com a literatura mais atual sobre o assunto advindos de protocolos e artigos científicos.

Como auxílio para análise dos dados foi utilizado o software Webqda. Baseado na web, permite a análise de fontes de texto, imagem, vídeo, áudio, tabelas de forma colaborativa, síncrona ou assíncrona. Destina-se a todos os investigadores e profissionais que realizam investigação qualitativa (WEBQDA, 2021).

Figura 1 - Categorias e temas.



FONTE: Autoras (2022) via *Webqda*®

O Quadro 2 mostra de forma resumida a aplicabilidade de cada fase dessa pesquisa.

QUADRO 2 – Resumo das fases da PCA.

FASE	PCA	APLICABILIDADE NA PESQUISA
CONCEPÇÃO	Delimitação do problema de pesquisa	Como construir um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação, em maternidade?
INSTRUMENTAÇÃO	Elabora�o dos procedimentos metodológicos para a realiza�o da pesquisa.	Local da pesquisa: Pronto Atendimento (PA), Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto (AC) de uma Maternidade de um Hospital Universitário. Participantes: sendo 31 enfermeiros: seis do PA; 10 dos AC I e II; e 15 do CO. Coleta de dados: A coleta se deu por meio da aplica�o de formulário semiestruturado; e oficinas virtuais síncronas que foram gravadas e direcionadas por um roteiro de questões relacionadas ao cuidado às mulheres com SHG (APÊNDICE 3). Com a coleta de dados junto aos participantes e em conformidade com a literatura sobre a temática, foi construído um protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com SHG. A coleta de dados foi apoiada pelo processo dos “Quatro Erres”: 1 Fase de Reconhecimento; 2 Fase da Revela�o; 3 Fase do Repartir; 4 Fase do Repensar.
PERSCRUTAÇÃO	Elabora�o de estratégias convergentes para que ocorram as mudanças pretendidas na prática assistencial, alcançando todos os profissionais que estarão envolvidos na mudança.	Realiza�o de cinco oficinas temáticas, foram definidas pelas pesquisadoras a partir da identifica�o das potencialidades e dificuldades dos enfermeiros da maternidade e do levantamento da literatura sobre o tema.
ANÁLISE	Apreensão, síntese, teoriza�o e transferência das informa�es	Foi realizada Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016) composta por três fases:  1 <sup>a</sup> fase: pré-análise - teve como objetivo a operacionaliza�o e sistematiza�o das ideias iniciais através da escolha dos documentos da formula�o das hipóteses e dos objetivos e da elabora�o de indicadores que fundamentaram a interpreta�o final. 2 <sup>a</sup> fase: explora�o do material. Consistiu na identifica�o das unidades de contexto — partes das falas significativas, que foram nomeadas e formaram as unidades de registro ou temas, posteriormente foram agrupadas por afinidade ou exclusão para forma�o de categorias. 3 <sup>a</sup> fase: tratamento dos resultados, inferência e interpreta�o.  Para auxiliar na análise foi utilizado o <i>software</i> Webqda.

FONTE: Trentini; Paim; Silva, 2014, p.31-47: Adaptado de PILER e WALL (2018).

## 5.6 PRODUTO

Esta dissertação de mestrado resultou na construção de um produto em formato de protocolo assistencial, denominado “Protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação em maternidade”. O produto foi registrado na Câmara Brasileira do Livro, e pode ser consultado no link: <https://cblservicosprd.blob.core.windows.net/uploads-portal-servicos/debb5e06-afd4-432b-8993-ce8ebdc215b4.pdf?sv=2018-03-28&sr=b&sig=LcHS%2B35iRX0QPVXwtlWwRnp8qTD7uN%2FHxVqojRJzmHc%3D&se=2023-11-24T01%3A31%3A56Z&sp=r>. O certificado de registro de direito autoral pode ser consultado por meio do código QR a seguir:



## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa trata-se de um subprojeto vinculado a um projeto maior intitulado: "A prática profissional dos Enfermeiros Obstetras em maternidades", com coordenação da Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, submetido ao Comitê de Ética da maternidade local de pesquisa, e aprovado mediante Parecer 4.588.214, em 09 de abril de 2021 (ANEXO 1).

## 6 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 31 enfermeiros, sendo 30 do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idade de 36 anos, seis deles estavam lotados no PA, 10 no AC e 15 no CO. O tempo de trabalho nesses setores variou entre três meses e 25 anos, e de formação dos profissionais variou de cinco anos a 35 anos, com média de 12,7 anos, 27 possuíam alguma especialização na área, sendo 18 em obstetrícia, e 14 também possuíam título de mestre ou doutor.

As oficinas oportunizaram encontros entre enfermeiros dos 3 setores da maternidade (AC, PA e CO), incluindo enfermeiros assistenciais, supervisoras e chefias de enfermagem, tornando-se um importante espaço para discussão do cuidado às mulheres com SHG. Visando a garantia de uma assistência segura e adequada às mulheres em todos os setores da maternidade, e o seguimento pós alta hospitalar.

A análise apresentada a seguir emergiu a partir das discussões ocorridas durante as oficinas, em que os enfermeiros relataram suas percepções e refletiram sobre o cuidado às mulheres com SHG. Caminhos e consensos para a sistematização do cuidado de enfermagem às mulheres com SHG na maternidade foram estabelecidos a partir das sugestões dos enfermeiros participantes da pesquisa e da revisão de literatura sobre o tema.

### 6.1 NECESSIDADE DO PROTOCOLO PARA NORTEAR O PROCESSO DE CUIDADO

Compõem esta categoria seis temas: percepção de divergências de condutas; tomada de decisão; adequação e otimização de condutas e rotinas; necessidade de protocolo; construção conjunta do protocolo entre médicos e enfermeiros; e atualização de conhecimentos, descritos a seguir:

A partir das entrevistas de seis enfermeiros do Pronto Atendimento e Centro Obstétrico foram evidenciadas divergências, tanto de condutas da equipe multiprofissional que presta o cuidado, como entre setores e plantões, no que se refere a critérios de diagnóstico e início de condutas medicamentosas.

*"[...] Não é seguido com base em parâmetros de Pressão Arterial, quando vai começar ou não a sulfatação, lá embaixo (no PA). O que a gente percebe é que depende do plantonista, depende de vários fatores, se ela (a paciente) está sintomática ou não, e a quantidade de sintomas. Se ela está com nuchalgia, se tem algum sangramento associado [...] não é uniforme, então não há um protocolo exato de quando inicia lá embaixo". (E14)*

*"[...] a questão da uniformidade das condutas, [...] de falar a mesma língua [...] a gente percebe que a paciente chega e no Pronto Atendimento ela tem uma*

*determinada conduta, 'ah, paciente vai subir para sulfatar, pressão está, 17 por 10 (170/100 mmHg)', e aí quando essa paciente chega no CO, além da pressão dela já está diferente, a conduta que o CO tem é diferente". (E7)*

*"[...] muitas vezes acontece de a gente receber pacientes no CO, o PA dizendo: ' ah, tem que sulfatar, tem que sulfatar, pode ir correndo'. Aí chega no CO, monitora, ver que não precisa, e a gente já diluiu medicação, já está tudo pronto, a gente acaba jogando tudo fora, entendeu? Eu acho que tem que ter uma linha pra conversação muito tênue pra CO e PA". (E19)*

*"A comunicação PA - CO - Alojamento, dos médicos em si. Às vezes o lá do PA fala que tem que subir correndo, vai sulfatar, daí chega, o médico do CO fala que não vai mais, e nessa até medicação foi jogada fora [...]. Então realmente a gente precisa desse alinhamento. [...] e fica nesse meio tempo, a mulher ali, entendeu? [...] a gente fica ali no meio, [...] deixa tudo meio que agilizado, as duas coisas 'a gente vai para esquerda ou para direita?', a gente já deixa as duas coisas preparadas para ver o que eles vão decidir". (E17)*

Além das divergências de condutas relacionadas ao diagnóstico, os enfermeiros percebem demora na tomada de decisão, principalmente no que se refere a condutas medicamentosas. Nas entrevistas, quatro enfermeiros afirmam que ao identificar um possível quadro de SHG organizam o cuidado para que seja ágil e eficaz, contudo, sentem dificuldade de avançar nestes, pois necessitam do diagnóstico e da prescrição médica, constatado nos relatos a seguir:

*"[...] o meu olhar do PA é justamente esse olhar prévio, a acurácia de diagnóstico, porque [...] existem vários fatores que interferem na elevação de uma PA: a dor, o nervosismo, entre outros. E a gente percebe essa fragilidade, [...] nós estamos no acolhimento, e a gente precisa ter o olhar que o acolhimento tem que ser imediato. Eu já tive a oportunidade de trabalhar no CO, e eu vejo que quando se identifica essa alteração ligada à síndrome hipertensiva da gestação, o CO agiliza rapidamente que a paciente suba, mas até que isso aconteça, por vezes essa mulher fica esperando por 24 horas ou até mais, um resultado de exame, então, isso é um ponto de fragilidade e lógico que a identificação do quadro clínico também [...]" (E3)*

*"[...] o que eu acho hoje o maior problema da sulfatação é a demora do médico indicar. [...] Tem a paciente, ela chega hipertensa, a gente dá toda atenção, aí o médico 'ah, faz um nifedipino', e vai olhar paciente 4 horas depois, quando sai os resultados dos exames. Aí como que a gente fica? Qual o cuidado que a gente vai prestar, se o médico não viu essa paciente mais? Ele ficou ali só aguardando os resultados de exames. Então, eu acho que é muito importante que esteja ali (no protocolo), para a gente ter o que exigir: 'eu quero uma ação mais rápida, eu quero dar uma melhor assistência para paciente'." (E15)*

*"[...] normalmente a maioria das pacientes com queixa de elevação da PA e sintomas, mesmo com os sintomas (vertigem, náusea, nalgia e etcetera), elas ficam esperando resultados laboratoriais lá no PA." (E3)*

*"[...] no pronto atendimento [...] às vezes, você vê que a paciente está muito grave e há uma espera muito grande em relação a pedido de exames, 'primeiro nós vamos coletar o exame, depois a gente vai ver se vai internar essa paciente ou não' [...] Então assim, a gente espera, mas o quanto é esse esperar? O quanto é que a gente pode esperar? Será que não dá para fazer nada antes? Porque eu acho que dá [...] internar a paciente, ficar com mais cuidado, eu penso. Quando a gente faz a triagem e a paciente já está com a pressão alta, eu só classifico como laranja e entrego nas mãos dos médicos, eu entrego, 'olha essa paciente está com a pressão tanto, e tem esse, esse, e esse sintoma', ou 'está com essa pressão tanto, mas já está vindo aqui há vários dias, já coletou exame, está normal e essa paciente continua vindo aqui, porque essa pressão está alta", entendeu? E aí o que a gente vê? Vê que espera, colhe rotina de*

*DHEG de novo, espera, faz a paciente esperar não sei quanto tempo, então eu acho que se perde tempo." (E12)*

Os Enfermeiros identificaram fragilidades na assistência, divergências e limitações de condutas e rotinas, tais como o tipo de aparelho e manguito e a técnica utilizados para aferição de PA, o setor em que será iniciada a sulfatação, quando indicada, o uso de bomba de infusão na administração do sulfato de magnésio e a administração de anti hipertensivo endovenoso pelos profissionais de enfermagem, diante destas situações pontuam a necessidade de adequação e otimização de condutas e rotinas para melhoria da qualidade do cuidado prestado às mulheres. Esse foi o tema com maior densidade (24,4%), com 40 referências.

*[...] às vezes pequenas coisas fazem toda a diferença, e às vezes o que acontece a gente tem algumas gestantes que são obesas e elas estão com uma alteração de PA e o manguito, o manguito apropriado para essa gestante faz toda a diferença quando você vai verificar uma PA dela, então esse protocolo eu vejo essa importância da gente conseguir estruturar ele de uma forma onde todo mundo fale a mesma coisa, a mesma língua, né, e não tem essas discrepâncias, às vezes, porque às vezes aparece uma gestante com PA assim elevada, digamos, 16 por 10 (160/100mmHg), quando você coloca um manguito adequado, que é do tamanho da gestante, você vê que a PA dela não está alterada, então isso faz muita diferença também". (E8)*

*[...] uma das dificuldades que a gente tem, relação talvez, a equipe, elas (técnicas de enfermagem) têm aqueles aparelhos são automáticos, e a gente sempre fala para elas, né, as pacientes que são com cuidados, porque, assim, a princípio, é para os pacientes irem para o alojamento, né, mais pra controle, as que estão mais graves não é pra ir pra gente, mas a gente sempre orienta elas, [...] a gente orienta tanto a equipe quanto a paciente, mas delas verificarem os sinais sempre com aqueles aparelhos automáticos, onde a gente sabe que não tem como calibrar, e a gente fala 'você já verificou com manguito, o manual mesmo?' Aí ela: 'não'. Aí você vai ver que dá uma diferença bem gritante, porque, às vezes, elas chegam para a gente: 'nossa, a pressão da paciente está 200 por 120 (mmHg)', aí você fala 'meu Deus, mas ela tem algum sintoma?' Ela (técnica de enfermagem): 'não, está bem tranquila'. Aí você fala: 'mas você já verificou no aparelho manual?' Daí elas: 'não'." (E21)*

*"[...] inicia ou indica uma sulfatação quando a pessoa acha que a paciente está em crise hipertensiva, já foi verificada aqui nas outras reuniões que precisa adequar melhor essa aferição: (a paciente) estar na posição adequada, com a roupa adequada, tempos de aferição (o intervalo entre as aferições... Então, isso vai ser o início da identificação e do diagnóstico, rever como está sendo feito o diagnóstico. Mas depois que foi detectada, precisa sulfatar? Vai sulfatar em qualquer lugar, no CO, no alojamento, no PA... E vai para o CO assim que possível, pensando naquelas que estão sulfatando e naquelas que estão dentro do centro obstétrico." (E4)*

*"[...] sobre a hidralazina, que será feita por enfermeiro, eu queria que isso também entrasse, porque aqui no centro obstétrico, eu já ouvi algumas pessoas falando que a hidralazina não deveria ser feita por técnico, e eu acho que a gente precisaria alinhar isso para que todos falem a mesma língua. A hidralazina ela pode ser feita, ela só precisa de ser feita a dosagem correta, porque eu acho que o maior medo, é de repente, diluir lá (a ampola de hidralazina) a seringa para 20 (mL), e fazer tudo de uma vez, sendo que é de 5 em 5 mL, então eu acho que é importante também passar para equipe técnica, eles podem fazer hidralazina, e como fazer, que acho que geralmente o medo ele gira em torno disso [...] mas que eles também possam fazer essa medicação, até porque, às vezes, a gente tá no plantão, aí a gente pode alinhar a hidralazina junto com esse sulfato pra abaixar a pressão da paciente mais rapidamente, então acho que é bem legal a gente inserir isso, e de repente até passar treinamentos para eles". (E23)*

"Uma coisa de que, assim eu já peguei, por exemplo, é a administração de hidralazina. Então assim: a técnica pode fazer? a técnica não pode fazer? é só informar o que pode fazer? Então, eu já passei pela tarde, agora eu estou à noite, então eu já vi discrepância entre ali o CO mesmo, né. Eu não sei se nos outros setores também tem isso, se no PA a técnica pode fazer, mas eu vim de um serviço que a técnica fazia.. Então acho que é importante esse protocolo para isso, para a gente falar a mesma língua. Acho que isso vai agilizar muito o nosso atendimento. E eu acho também que a gente deveria ter um apoio, uma participação, uma ajuda maior do laboratório, demora muito para ir pegar o exame, muitas vezes a gente no CO, por exemplo, a gente está coletando, porque a gente sabe que demora, então a gente coleta, mas a busca do material demora demais, o processamento do exame demora demais, isso é uma coisa que vai atrasando. A gente vai fazendo os primeiros passos, mas os exames são importantes para a gente definir condutas". (E6)

[...] em relação à aferição de pressão, muitas vezes o diagnóstico não é feito de forma adequada, a mulher chega caminhando, toda esbaforida, não espera um pouquinho para daí ver a pressão, né, não é identificado se ela era hipertensa crônica, se é uma hipertensão sobreposta. Então, por exemplo, ah, tá suspeitando da síndrome hipertensiva da gestação, já começar a rotina, tentar ser um pouco mais ágil em relação a isso, porque não dá pra a situação agravar e daí começar a pensar, então eu acho que falta um protocolo para decisão do sulfato, da rotina, de agilizar. Temos problemas com o laboratório, que demora, já fizemos várias ouvidorias do atraso do laboratório, demora pra vir buscar exame, urina que não roda a noite, são várias dificuldades estruturais também [...] (E16)

"[...] a nossa responsabilidade dentro do CO é compartilhada, tanto o enfermeiro como o residente fazem o sulfato, na prática, e eu acho que sempre a gente vai ter um enfermeiro que está com essa paciente, então eu acho que a bomba (de infusão) de seringa é extremamente necessária, e vai auxiliar muito o nosso trabalho, porque a gente vai ter mais segurança na hora de aplicar, porque não é cada um aperta de um jeito diferente a seringa, quando a gente coloca numa bomba, a gente tem segurança para fazer a medicação. [...] o enfermeiro junto com o residente, se é eles que estão cuidando de determinada paciente, eles precisam decidir 'você vai sulfatar, então você vai ficar com a paciente', ou 'ah, não, você vai sulfatar, então você vai ficar', alguém que tem que ficar do lado dessa mulher pelos 20 minutos que ela vai começar a sulfatar, e isso não é uma coisa discutível, não é uma coisa que a gente pode deixar". (E23)

Diante das fragilidades apontadas, 12 enfermeiros relataram a necessidade de existir um protocolo na instituição para nortear e alinhar o processo de cuidado e tomada de decisão dos profissionais, de modo a alinhar as condutas, visando garantir o cuidado qualificado, seguro e em tempo oportuno às mulheres.

"[...] Esses tempos eu estava conversando, não sei com quem, sobre o que que a gente precisa de rotinas na maternidade para melhorar, e eu acho que construções de protocolos são essenciais para que profissionais não fiquem esperando a conduta de alguém, ou que as condutas sejam diferentes". (E4)

"[...] que esse protocolo venha nesse sentido de otimizar o tempo que a gente tem com a paciente, porque [...] às vezes o tempo, é, fica curto, mas o tempo que a paciente está esperando já foi longo, porque ela estava lá sentada no banquinho, esperando a vez dela, [...] não está escrito que ela está com a pressão alta, a gente verifica na hora que ela passa no acolhimento, [...] a partir do momento que eu detectei, é preciso tomar alguma atitude é preciso ser mais rápida, entende? Então, não necessariamente ser enfermeiro obstetra, porque lá no PA não são todos os enfermeiros obstetras. Então seria bem importante ter um protocolo dizendo: 'a paciente que tiver isso, isso, isso já coloca na sala de medicação, já faz um acesso venoso', pelo menos um acesso venoso, porque se não ela vai ter que passar pelo médico primeiro para depois a gente tomar outras atitudes [...], mas se tivesse um

protocolo para o PA (Pronto Atendimento), para dar um 'start' no negócio, já começar para otimizar o serviço, eu acho que seria bem interessante." (E9)

"Eu acho que na verdade o que falta é um protocolo mesmo para isso, a gente não tem protocolo tanto de condutas de enfermagem, quanto de medicina. E eu acho que isso é um grande entrave, saber quais são as prioridades, e quando priorizar, e quem priorizar, sabe? É, as pessoas têm uma imagem assim que o CO ele é o salvador da pátria, né, mas, às vezes, o que acontece, a gente tá super sobrecarregado com mil outras mulheres também de risco, e a gente acaba tendo que priorizar algumas mulheres e alguns cuidados. E eu vejo que algumas pessoas ainda têm essa dificuldade. Então eu acho que falta alinhar o atendimento do pronto atendimento do PA, com o atendimento do centro obstétrico, com o atendimento do alojamento conjunto, e realmente ver qual é a competência de qual setor, e até onde qual o setor pode ir [...] quando você consegue ter um fluxo, uma coisa protocolada, uma coisa certinha de como fazer, de que em que momento de fazer, aonde fazer, enfim, acho que as coisas, é, vão andar com mais tranquilidade, e com mais, é, garantindo uma maior segurança para a mulher." (E13)

"[...] esse movimento (as oficinas) e a construção do protocolo vão com certeza melhorar essa questão do suporte teórico para todas as equipes, tanto o pessoal que recebe lá no Pronto Atendimento como no Centro Obstétrico e no alojamento, para que essas mulheres tenham o cuidado seguro durante o internamento e um segmento pós alta mais coerente, mais correto". (E1)

"[...] eu vejo que a gente se priva de cobrar condutas que seriam adequadas, da equipe, por saber que vai existir uma dificuldade no processo, essa é uma dificuldade que a gente encontra no dia a dia, mas se em nenhum momento houver cobrança real, o negócio não vai para frente, as pessoas vão sempre ficar no argumento do 'ah, porque aqui sempre foi assim', 'ah, porque aqui a rotina é...' A rotina do que? Como? Quando? Tá escrito aonde, porque no HC é cheio de rotina que não está escrito em lugar nenhum, e que não foi discutido por ninguém, né? Eu acho que o nosso maior desafio, enquanto equipe, é superar esse tipo de situação, de vencer as rotinas que na verdade não são rotinas coisa nenhuma, elas só foram criadas por pura comodidade das pessoas, e não pelo bem-estar do paciente, que é o objetivo do nosso cuidado." (E1)

Além da necessidade de uniformizar as práticas assistenciais do Enfermeiro, quatro Enfermeiros também enfatizaram a importância de harmonizar condutas com a equipe médica e construir o protocolo de forma conjunta com esses profissionais.

"[...] essa construção coletiva dos protocolos, eu acho que é um crescimento muito, muito, muito grande para a maternidade e fortalece a equipe, fortalece a enfermagem [...] a gente precisa aproveitar esse seu trabalho, então o protocolo é multiprofissional, talvez depois de colocar eles participando juntos, para validar, para dar força nisso, e todo mundo usar o mesmo protocolo, esse é o objetivo." (E4)

"[...] eu acho que é importante, para que a gente tenha um caminho correto, envolver toda a equipe multidisciplinar, e principalmente os médicos, [...] porque os protocolos eles são ótimos para que a gente possa tentar oferecer o cuidado de qualidade, mas principalmente ele precisa ter a decisão de toda equipe. Então acho que de alguma forma, eu creio que vocês vão ver isso, mas de alguma forma essas atualizações precisam chegar também no restante, porque os médicos, quando eles querem, eles conseguem ser insistentes em algumas condutas, que pelo que nós estamos vendo, algumas, principalmente em relação a esse cuidado, estão modificando o olhar de alguma forma. Eu acredito que, se vamos para a esquerda ou para a direita, ao menos que possamos ir todos para o mesmo lado" (E3)

"[...] eu acho que vai muito além só do protocolo, eu acho que a construção além de ser em conjunto, a gente precisa envolver a equipe multiprofissional, precisa ser feito junto, porque não adianta a gente fazer um protocolo e colocar 'sigam'. A gente sabe que isso não funciona, tem que ser construído junto, envolvendo toda a equipe, e mais, que todo mundo tenha conhecimento." (E16)

Para uniformizar as práticas assistenciais e harmonizar condutas no cuidado às mulheres com SHG, os enfermeiros percebem a importância de toda a equipe estar atualizada para alinhar condutas e realizar o cuidado baseado em evidências. Esses profissionais também apontam situações em que são tomadas condutas que estão em desacordo com as recomendações atuais sobre o tema, sentem necessidade de estarem atualizados, e compartilhar seus conhecimentos, como evidenciam as falas a seguir.

*"acredito que a gente ainda tem um cenário um pouco frágil, onde existe uma certa discrepância de condutas, em relação a conhecimento técnico, aos conceitos, [...] em relação à restrição da dieta hipossódica, por exemplo, que já há muito tempo não existe recomendação de restrição de dieta hipossódica para síndromes hipertensivas, com exceção de hipertensão crônica, e mesmo assim a gente chega no plantão e tem lá no quadro escrito 'dieta para hipertenso' [...] a gente vinha aferindo PA do jeito não adequado, então quando a gente acha que lateralizar a mulher é uma boa conduta, na hipertensão gestacional não é, porque eu mascaro essa hipertensão, o recomendado de fato é aferir essa PA com ela sentada ou deitada em decúbito dorsal, mas não lateralizada [...] e em silêncio sem conversar e tal [...] na literatura a recomendação é da febrasgo, da ACOG [...] a gente pode se deparar com novas recomendações antes que o médico chegue nessas recomendações, então se ele falar 'mas você aferiu em decúbito lateral esquerdo?' A gente comunica ao colega: 'não sei se você viu, mas a nova recomendação é de que não seja aferida em decúbito lateral', e no sentido de troca, não no sentido de falar: 'meu Deus, tá orientando errado', porque as evidências chegam para pessoas em velocidades diferentes. E eu acho que, enquanto equipe, todo mundo está ali para agregar conhecimento." (E1)*

*[...] eu participei de um curso de atualização em emergências obstétricas, e além da questão da PA lateralizada ou sentada, eu queria só levantar o atendimento, acolhimento baseado em evidência e esse olhar do que vem trazendo novo, e esses estudos que vem trazendo situações novas, também em relação ao edema não ser mais considerado um critério para a questão da PA. Porque me chamou bastante atenção, eu sou muito antiga na enfermagem, e acaba que a gente tem que se atualizar mesmo, então além da questão do posicionamento, no final desse nosso trabalho, qual o posicionamento que a gente vai adotar como critério, ou não... hoje tudo está modificando, então por isso que eu acho bem interessante [...]" (E3)*

*[...] eu acho também que falta o pessoal realmente se atualizar mesmo, em termos do que se tem hoje de evidência sobre o tema, para que se tenha uma postura de discussão mesmo com a medicina, no sentido de discutir de igual para igual." (E13)*

## 6.2 O CUIDADO DO ENFERMEIRO À MULHER COM SHG

Esta categoria é composta por cinco temas: condutas do enfermeiro no cuidado à mulher com SHG; descentralização do manejo medicamentoso em emergência hipertensiva; segurança do paciente na administração de medicamentos; abordagem não medicamentosa no cuidado; necessidade de melhorar a comunicação entre enfermeiros para continuidade do cuidado.

O cuidado às mulheres com SHG é compartilhado, algumas atribuições de profissionais médicos e enfermeiros se sobrepõem, principalmente no que se refere ao manejo da sulfatação, necessitando de acordo entre esses profissionais para que o cuidado ocorra de

forma harmoniosa e com qualidade. As falas a seguir mostram condutas do enfermeiro no cuidado à mulher com SHG nos três setores da maternidade:

#### Pronto atendimento

*"Primeiramente o acolhimento feito pelo enfermeiro, além da aferição de sinais vitais, incluindo a PA, é feito o questionamento para a paciente se ela tem algum sintoma ou não. Muitas são referenciadas direto da unidade básica, porque já estão apresentando algum tipo de alteração mais importante, outras não. A partir disso, a gente classifica, amarelo, laranja ou vermelho, depende do tipo de alteração que ela está apresentando, e passa imediatamente para os médicos. Eles fazem o atendimento o atendimento prioritário. Eles já pedem a coleta de exames, muitos casos ficam esperando laboratório dar o retorno, para ver se tem alguma alteração. Se é uma situação mais importante, com sintomas mais intensos, normalmente já é pedido o internamento e essa paciente sobe para o CO. Lá no PA, a gente não costuma fazer nenhum tipo de medicação, dessas emergenciais, o CO geralmente acolhe muito rapidamente essa paciente, então normalmente quando são casos mais graves sobe direto para o CO. Até acredito que essa seja uma das discussões: iniciar medicação já no PA. (E3)*

*"O que a gente faz é o acolhimento, a classificação de risco, e a gente sempre tem o cuidado de verificar se a paciente estava esperando há muito tempo para ver se ela está em repouso ou não. Quando é identificada uma PA alterada, a gente já classifica ela, e passa para o médico, que geralmente prescreve a medicação, e é coletado também alguns exames." (E18)*

*"O atendimento quando a gente acolhe a paciente, sobre a rotina de SHG, a gente precisa do médico para ele fazer o pedido, porque se não, não adianta ligar para o laboratório, o laboratório não vai levar esse exame sem o pedido médico. A gente vai ter essa autonomia de pedir, eu já olho para ela, já sei que vai coletar uma rotina SHG, e já peço para as técnicas fazerem a coleta, e já encaminhar para o laboratório com urgência? Isso é um ponto que seria muito interessante, se a gente pudesse ter essa autonomia, de pedir os exames." (E12)*

#### Alojamento conjunto

*"Quando vem do PA, às vezes, já deram algum anti-hipertensivo via oral, e não necessitou de alguma medicação endovenosa. Esse tipo de paciente, às vezes, vem com dois anti-hipertensivos, ou dependendo do grau que está, às vezes, até três. A gente procura intercalar os horários (dos anti-hipertensivos) na prescrição, primeiramente [...] é explicado toda rotina do setor, se ela chega com edema em membros inferiores, a gente avalia esse edema, a gente vê se tem prescrito hidralazina, às vezes, a gente deixa o acesso venoso pego, dependendo do grau que está essa hipertensão a gente já deixa um acesso venoso, porque vai necessariamente precisar de uma hidralazina, e explica todas as questões. [...] Se a gente verifica uma pressão alterada, pergunta se a paciente estava agitada, nervosa ou tinha ido ao banheiro tomar um banho, alguma coisa assim, a gente a espera se recuperar um pouco, a deixa sentada e daí verifica novamente [...] todas as gestantes, a maioria tem edema em membros inferiores, mas a hipertensa geralmente tem mais, a gente eleva esses membros, também é um é um dos cuidados [...]. E outros cuidados que a gente pede para o paciente relatar, que a gente orienta quando ela chega, é se ela apresentar cefaleia, escotomas, a gente explica para ela, alguma questão também obstétrica, dor em baixo ventre, perda de líquido, a gente pede também para ela ficar bem atenta ao volume urinário, se ela está urinando, se ela sentiu alguma diferença, se diminuiu, essas questões assim, que ela tem que estar relatando. Uma outra questão também é a náusea, que algumas pacientes hipertensas têm, a náusea é um sinal que está aumentando, a gente fala para ela, e a gente explica todos esses sinais, que ela sempre esteja chamando a equipe e relatando." (E2)*

"[...] eu acredito que é colocado isso como recomendação na prescrição (prescrição médica de hidralazina, em casos de crise hipertensiva) para a gente avisar o pronto atendimento, avisar o médico dessa pressão, porque justamente os residentes querem subir para fazer. Existe algumas questões que eu não entendo, eles querem subir para fazer, porém eles só querem administrar, eles não querem preparar a medicação, não entendo isso, quer que a gente faça uma medicação, fique acompanhando o paciente, depois chame eles novamente para irem lá e fazer, e deixar pronto lá a medicação para fazer novamente. Para mim, não faz sentido nenhum, como não faz sentido a gente não poder fazer, eu falo que a gente pode, a gente é respaldado para isso, mas a gente termina não podendo." (E5)

"A questão da hidralazina, eu particularmente quando tem paciente que está com a pressão bastante elevada e que tem a hidralazina prescrita, eu até ligo no PA, porque está ali escrito que é pra ligar, mas eu ligo já dizendo: 'ó, estou indo fazer a hidralazina', daí eu preparo, e eu faço a hidralazina, e depois verifico a pressão e verifico novamente como que está, mas eu acho que a conduta de cada enfermeiro, dependendo de quem que está do plantão." (E22)

"A gente sempre tenta antes de ligar para o CO ou pro PA e dizer que a paciente está com hipertensão, a gente tenta dar, todos os remédios de horário, deixá-la mais calma possível, perguntar se ela tem algum problema que está deixando-a nervosa para tentar resolver, porque, as vezes, não é tanto o organismo dela que está caminhando para uma hipertensão, as vezes é o psicológico. Então a gente tenta ver toda essa parte, antes de tomar uma atitude e falar com a médica [...] verifica a pressão novamente, para ver se realmente é um caso de acionar, vê os parâmetros, porque o CO sempre está lotado, a gente tem que ver que às vezes, a gente manejar essa paciente de outra maneira, auxilia que essa paciente não desça rapidamente para o CO, e as vezes o CO também fala 'nossa, a paciente veio para cá, a gente maneja duas, três horas e sobe de novo para o alojamento', e as vezes, não havia necessidade de descer." (E2)

## Centro Obstétrico

"[...] ficar bem atento, explicar para a gestante, para a equipe sobre sinais e sintomas de gravidade: epigastralgia, visão turva... eu sempre converso bastante com a gestante na admissão, e com a própria equipe, para eles estarem alerta, qualquer coisa avisar a gente, é importante. [...] quando uma paciente sobe lá (para o CO) [...] que vai sulfatar, a gente tem uma caixinha de emergência de sulfatação, a gente não precisa esperar eles prescreverem, eu já converso com ele (o médico) 'vai fazer?' Então eu já vou lá e começo, já faço sulfato, já vejo a PA, já ausculto BCF, depois eu já vou sondando." (E20)

"[...] a gente tem que mostrar é que não importa quem está fazendo, o cuidado que a gente quer ter, é o que a gente quer propor, esse é o melhor cuidado para a mulher, independente de quem estiver fazendo, quem estiver dando sugestão, é a melhor coisa para gente, para o atendimento, para ela." (E19)

"[...] eu percebo muito no CO que existe uma mudança de olhar da medicina, por parte da enfermagem, quando se tem esse tipo de postura, de discutir: 'olha ela está com sintomatologia, isso é indicação de sulfatação, posso, vou começar a sulfatação, ok?' É uma decisão compartilhada. Lembrar que somos Enfermeiros Obstetras, temos autonomia para tomar decisões quanto a mulher com a equipe médica, então não é só aguardar o médico, e sim ir tomando providências quanto a isso." (E13)

"A gente acaba ficando com alta complexidade, desde àquelas pacientes que internam por uma rotina com alguma alteração, ou com alguma alteração de pressão pontual, que interna para se pensar sobre indução do parto, para se acompanhar a pressão, até aquelas pacientes que realmente internam com um achado alterado laboratorial, ou com os sintomas, e aí a gente precisa fazer uso do sulfato. Baseado na complexidade, a gente vai estabelecer os cuidados de enfermagem [...] verificar de forma adequada a pressão arterial, verificar com a mulher se ela tomava algum anti-hipertensivo em casa, como é que estava a rotina dela, se ela fazia um acompanhamento de pré-natal adequado, se ela tem alteração laboratorial... Se ela for sulfatar, cuidados de sulfatação: controle de diurese, por conta da impregnação

*do sulfato; verificação do reflexo patelar; frequência respiratória; e bem-estar fetal." (E13)*

*"A depender do valor da pressão, a gente já dilui e administra hidralazina [...] faz 5ml, aguarda 20 minutos afere PA de novo, se não baixou, faz de novo, se não baixou, mesmo esquema. E a sulfatação, uma vez que a medicina diz 'vai sulfatar' a gente não espera que a medicina vá lá e sulfate, e dilua, e prepare. Antigamente, quando eu fazia a residência mesmo, não sabia nem como era a diluição do sulfato, porque era só a medicina que fazia. Lá (na antiga maternidade de risco habitual) essa era uma conduta que a gente tomava com muita tranquilidade e nunca tivemos problema. [...] monitorizar a depender de como foi ausculta do BCF, instalar uma cardiotocografia, orientar a mulher de modo geral o que está acontecendo, que quadro é aquele que ela está apresentando, coletar exames, se eventualmente não foi coletado no PA." (E1)*

*"[...] com relação à quando vai sulfatar, a gente deixa de prontidão, inclusive em cima da bomba infusão, o gluconato de cálcio, por conta da impregnação (do sulfato de magnésio). Logo que eu cheguei era preparado e deixado pronto, só que percebeu-se que quase não é utilizado, optou-se, a partir de então deixar a seringa e a medicação pronta, mas não mais preparada, para caso necessitar, ser feito na hora, porque acredita-se que dá tempo; 'aspirou, preparou e fez', [...] em relação aos parâmetros, que a paciente quando está sulfatando a gente fica sempre fazendo: pressão, BCF, reflexo patelar." (E7)*

*"[...] numa emergência, a gente já vai punctionado acesso, se necessário, a gente chama mais gente, mais de uma enfermeira, ou até mesmo residente enquanto um sulfata, outro sonda, a nossa prioridade aqui é avaliar se é uma paciente que está com quadro hipertensivo muito grave [...] a gente já avalia se precisa entrar com hidralazina, se já tem alguma medicação que foi feita ou não [...] a gente avalia que condições que ela está e vai priorizando de acordo com a gravidade [...]. Agora, se é uma paciente que dá para a gente conversar, a gente já vai acolhendo e explicando para ela sobre o sulfato [...]. Depois que é feita a medicação, a gente sonda, orienta, abre uma ficha de controle de sinais vitais, em que a gente acompanha esses sinais a cada 1 hora, se for gestante, tem o BCF que a gente acompanha também, a cada 1 hora. A gente avalia reflexo, frequência cardíaca, BCF, diurese, o volume a cada hora, se ela tem alguma queixa, e médica conforme a necessidade. Se ela tem queixa de cefaleia você médica com analgésico, se a pressão não está baixando, a gente vai fazendo doses de hidralazina, conforme a prescrição, a cada 20 minutos [...] até a gente conseguir estabilizar essa pressão, ou se for necessário, entrar com alguma outra medicação via oral também." (E19)*

Tendo em vista a importância do manejo medicamentoso diante de uma crise ou emergência hipertensiva para evitar desfechos desfavoráveis, os enfermeiros enfatizaram que a administração do sulfato de magnésio e anti-hipertensivo endovenoso não deve ser limitada somente ao CO, devendo ser realizados no local de identificação da crise ou emergência hipertensiva, e que todos os setores da maternidade devem estar preparados para atender essas situações.

*"[...] eu acho que uma fragilidade nossa é a questão de limitar (ao centro obstétrico) o atendimento dessas gestantes mais graves, iniciar uma sulfatação ou alguma coisa do gênero. Eu acho que a gente tem que estar preparado em todos os setores para atender a emergência, a primeira conduta com essa mulher, fazer a dose de ataque do sulfato, todos os setores têm que estar preparados para isso, com certeza essa mulher vai ter que ir para o centro obstétrico ou ela vai ter que ir para uma UTI para ter esse acompanhamento mais de perto, mas essa primeira pegada todos os setores têm que estar preparados para fazer, e eu sinto que às vezes a gente restringe um pouco isso, então essa é uma parte importante de a gente descrever no protocolo e ver o que que a gente precisa oportunizar para os outros setores se sentirem*

*confiantes em fazer esse primeiro atendimento. Você precisa sulfatar, no momento que a mulher precisar, idealmente no centro obstétrico, mas quando não der, tem que sulfatar onde der [...] A gente não pode parar um processo ou uma rotina necessária para a mulher por esses percalços. [...] a gente não pode postergar uma medicação, uma solução, por conta desse tipo de coisa." (E4)*

*"Quando a gente pensa que precisa evitar que a paciente convulsione, a gente precisa fazer a medicação o mais rápido possível, não importa se vai ser no PA, no alojamento, onde a gente estiver com ela, o risco de a gente, esperar muito para essa paciente subir para o CO e ela convulsionar lá, é muito maior, e o risco de vida para a mãe e bebê também. Eu concordo que todas as pacientes deveriam ser sulfatadas dentro do Centro Obstétrico, é o modelo melhor do mundo, mas a gente não vive nesse modelo lindo, maravilhoso, então eu acho que sim, a gente precisa sulfatar onde estivermos." (E23)*

*"[...] acho que o problema vai muito além, vai além da falta de um protocolo, da falta das pessoas entenderem, estou falando isso de prescrição de sulfato, a dificuldade que os profissionais têm se vai sulfatar ou não, se vai seguir esse o protocolo, falta critérios. E acredito também que o CO é o local mais adequado, mas diante de uma emergência, nós temos superlotação, a gente tem vivido um caos, e eu acredito que mesmo não tendo, o nosso foco é a paciente, ela está grave, ela precisa ser medicada, precisa fazer o sulfato, independente de onde ela esteja, tem que começar pelo menos a dose de ataque, é inquestionável esse cuidado. Não tem estrutura? Não tem. Vamos melhorar, readequar? Vamos. Mas eu acho que se não tem vaga no CO, essa mulher não pode ficar desassistida, sem o sulfato. Eu acho que não vai além do local, e sim do cuidado que ela precisa receber de emergência. E precisa ter um protocolo que todo mundo tenha conhecimento, e que seja seguido e não a critério da experiência de cada um." (E16)*

*"[...] sulfato de magnésio é a droga que tem maior nível de evidência científica pra controle de síndromes hipertensivas na gestação, e quando a gente fala do sulfato de magnésio ele é imediato, ele deve ser começado o mais precoce possível, quando a mulher tem exames laboratoriais, ou tem sinais e sintomas que sejam indicativos de uma síndrome hipertensiva. E a sulfatação ela pode ser feita no pronto atendimento. Teve um plantão que nós estávamos com muitas gestantes para internar, nós tínhamos uma fila de espera de 7 gestantes, entre elas tinha restrito, tinha hipertensa... então são mulheres, não é só mulher em trabalho de parto, são mulheres de alto risco também, a gente também tem que saber 'não, não é protocolo do PA, mas por que que não é? por que que não pode ser feito? Qual é o entendimento para que isso aconteça?' A gente precisa realmente se alinhar." (E13)*

*"[...] às vezes eu tenho a sensação de que as pessoas têm a ideia de que o CO é hipotensor, mas o CO não é hipotensor, num contexto ideal, se a gente puder acolher essa paciente que chega em crise hipertensiva no PA, acolher ela de imediato e já adiantar o sulfato, é óbvio que a gente vai fazer isso, mas às vezes a gente não tem como, eu acredito que é possível adiantar uma hidralazina num Pronto Atendimento, é super possível adiantar a dose de ataque do sulfato no Pronto Atendimento também. Eu entendo que um serviço de Pronto Atendimento ele é dinâmico e sulfatar muitas vezes é um processo demorado, e aí nesse sentido facilita fazer a dose de ataque na bomba de infusão[...]. Óbvio você não vai abandonar a mulher, ignorar ela lá com a bomba, mas você não precisa ficar sentada com a seringa 20 minutos do lado do paciente, isso adianta um trabalho, uma função, e pode prevenir um desfecho horrível e grave e permanente." (E1)*

No que se refere ao manejo medicamentoso, os enfermeiros identificam situações em que ocorre susceptibilidade de falhas relacionadas às atuais rotinas da maternidade e apontam para segurança do paciente em relação à diluição e administração de medicamentos:

*"[...] sobre a hidralazina, sobre os residentes irem lá fazer, o que acontece muito lá no alojamento é isto: a gente avisar, quando já foi feito todas as medicações que estão prescritos de horário, as medicações que estão para resgate, mesmo assim a pressão*

não baixar, e o residente sobe para verificar, eles chegam lá e falam assim 'então faz o seguinte, prepara a hidralazina que eu vou administrar', e eu me negar a fazer isso, porque se eles querem administrar, então eles também vão ter que preparar, não tem lógica nenhuma preparar a medicação para ele ir lá fazer, se quer aprender, vai ter que aprender desde o começo, e não ficar querendo fazer pela metade o serviço, chegar lá e sair mandando dessa forma". (E5)

"[...] O médico residente ele subiu lá e ele pediu pra fazer a hidralazina, aí eu falei 'tá, pode fazer', e ele 'você prepara pra mim?' E eu disse 'não, eu não preparo o que eu não vou administrar, da mesma forma que eu não administro que eu não preparei, eu também não preparo nada aqui para os outros administrar', porque não é a minha função ali, naquela situação. Se fosse uma medicação que tivesse prescrita e fosse para eu fazer, OK, caso contrário, não faço". (E5)

"[...] uma coisa muito básica sobre segurança [...] 'quem prepara a medicação, administra medicação', então se o residente está se propondo a fazer a medicação, o que na minha opinião não é legal, porque a gente tem muito mais conhecimento a respeito de preparo e administração de medicação do que o médico, então eu não acho legal, eu não concordo com essa atitude, mas de qualquer forma, se o residente quer se propor a fazer a medicação, na minha opinião, quem tem que administrar, quem tem que preparar essa medicação, é ele, e não a equipe de enfermagem. Então, na minha humilde opinião, quem prepara, administra, assim como o sulfato de magnésio no CO. Se o residente quer fazer, o que eu sempre me coloco contra, porque eu gosto de sentar do lado do paciente, administrar o sulfato [...] o residente quer fazer, o Enfermeiro tá ocupado, então 'tá aqui a ampola, tá aqui a seringa, por favor, prepare e administre', acho que a gente tem que começar a colocar esse tipo de coisa, é para nossa segurança também". (E13)

Os enfermeiros percebem e realizam condutas que podem contribuir para a redução ou para evitar o aumento dos níveis pressóricos das mulheres relacionados à fatores estressantes e enfatizam a importância da abordagem não medicamentosa:

"[...] eu vejo um problema bem pontual: o descanso dessa gestante com problema hipertensivo. Muitas vezes a gente tenta deixar elas numa enfermaria sozinhas para que elas tenham esse descanso noturno, mas às vezes a gente não consegue, isso gera na gestante um distúrbio do sono, porque a puérpera com um bebê (que está na mesma enfermaria) o neném durante a noite vai chorar, isso atrapalha muito o sono dessa gestante em tratamento [...] E muitas delas, às vezes, pedem até remédio para dormir, mas não conseguem, porque o barulho não deixa. E essa é uma das questões pontuais que eu vejo que a gente tem que solucionar, que existam enfermarias próprias para atender essas pacientes e que elas fiquem separadas das puérperas com bebê [...] porque às vezes a paciente passou hipertensa a noite, continua hipertensa de manhã, mas ninguém está vendo a parte do sono dessa paciente". (E2)

"[...] muitas vezes o médico prescreve, você segue os horários dos anti-hipertensivos, a mensuração da pressão de 4 em 4 horas, tal... e existe outras maneiras de você estar proporcionando um melhor controle dessa pressão: o sono, uma massagem, um acompanhamento psicológico, um simples o decúbito lateral esquerdo. Muitas vezes a equipe está mais focada nessa questão medicalocêntrica, que é a medicação e a mensuração da PA, e existem outras maneiras também que a gente pode ser multiplicador". (E2)

"[...] às vezes elas vêm do PA bem ansiosas ou com alguma queixa, e depois que elas vêm para cá (para o CO), dão uma relaxada ou são acolhidas, deitam numa cama que, às vezes no PA falta, não tem essa questão de suporte, e de estrutura mesmo, e às vezes aqui essa pressão dá uma controlada e acabam não sulfatando, porque até sintoma melhora e daí eles falam 'não, vamos esperar os exames de laboratoriais pra ver'." (E19)

"[...] quanto menos estresse, quanto menos situações que possam aumentar a fadiga dessa paciente, melhor [...] deixar num ambiente mais favorável possível, com menos luz, com menos barulho, às vezes, a paciente tem sintomas como cefaleia, que podem

*até ser agravados pelo quadro de ruídos que a gente tem aqui dentro do CO: de choro, de trabalho de parto, enfim". (E19)*

*"[...] quando a gente recebe, principalmente as pacientes com pré-eclâmpsia, com sinais de gravidade, sinais de deterioração clínica, a gente coloca no tratamento, porque é possível que elas sulfatem, e eu acho que um cuidado que a gente precisa ter no ambiente como um todo, é redução de estímulo, então reduzir a luz, se possível, encostar a porta, para evitar aquele incômodo constante de falação no corredor, organizar o ambiente para que a gente faça menos barulho, menos bagunça possível quando for avaliar essa mulher, então eu acho que, pensando num cuidado num sentido macro, cuidar do ambiente é importante". (E1)*

Visando garantir a qualidade e continuidade do cuidado, quatro enfermeiros destacam sobre a importância do processo de comunicação efetiva entre a própria categoria profissional e entre os setores da maternidade que cuidam das mulheres:

*"[...] a gente (enfermeiras do AC e CO do plantão noturno) tem uma troca muito boa e muitas vezes a gente conversa no 'off' sobre isso, o quanto seria bacana que isso existisse entre todos os setores para que a gente pudesse permear entre esses setores de uma forma bem tranquila, sentar e conversar e falar sobre isso, às vezes eu sinto um certo receio também de algumas profissionais até mesmo da equipe, a retaliação que a equipe faz: 'nossa vai subir paciente, não pode, tá bom', e às vezes é preciso entender o papel de liderança e dizer: 'gente, a gente trabalha aqui no setor que está em conjunto, a maternidade é um fluxo, o Centro Obstétrico é um setor que é de emergência, ele está precisando de vaga, precisa correr isso aí', você tem que priorizar o que você vai fazer ali, a prioridade é o Centro Obstétrico naquele momento, eles precisam de uma vaga, eles precisam trazer aquela paciente para a gente, então vamos receber. É nesse sentido, trabalhar com o CO hoje do jeito que a gente trabalha [...] é muito bacana e também com isso tudo só tenho a agradecer realmente por esse momento, porque está sendo muito bom, a gente estar podendo trocar essa experiência, falar inclusive com outras pessoas, de outros setores de outras noites, que a gente, às vezes, não conversa tanto, tomara que isso aconteça com mais frequência, inclusive para outros protocolos que a gente possa desenvolver, porque está sendo bem legal fazer isso". (E5)*

*"[...] eu acho extremamente importante esses encontros que a gente tem aqui para gente ter um protocolo, que isso seja uma forma de mudar essa nossa postura da Enfermagem como um todo, acho que a gente está começando por um ponto que é essas pacientes com síndromes hipertensivas, mas como um todo, com todas as patologias possíveis, com todas as possibilidades de acontecimentos ali, porque, eu acho surreal essas situações que acontecem, como a gente da enfermagem fica completamente desunida para essas ações, a gente tem que ter uma voz unificada para conversar. Esse 'nossa, na Vitor (antiga maternidade de referência em atendimento de risco habitual) eu fazia', na Vitor a gente fazia, a gente tinha uma autonomia muito grande para exercer a profissão, e ali a gente se vê muito bloqueado com as coisas, as burocracias do HC, e a gente tem que, justamente, mudar isso. Esse protocolo acho extremamente importante esses encontros aqui da gente, acho extremamente importante esses momentos que a gente tem de conversar, todos os setores, para unificar esse tipo de conduta. (E5)*

*"[...] eu acho isso muito bacana, que a enfermagem se apoie e tenha comunicação entre os setores, mas se a gente tiver realmente um protocolo, a gente vai poder consultar juntos e ter a mesma fala, sempre, é muito importante". (E15)*

### 6.3 PROTOCOLO

O protocolo desenvolvido como produto deste trabalho de mestrado tem como título “Protocolo de cuidado do enfermeiro às mulheres com síndromes hipertensivas na gestação em maternidade”, possui 46 páginas e está organizado em 10 capítulos, a saber: apresentação, objetivos do protocolo, definição e classificação das Síndromes Hipertensivas na Gestação, classificação da pressão arterial, recomendações para aferição da pressão arterial, abordagem medicamentosa e não medicamentosa nas Síndromes Hipertensivas na Gestação, crise e emergência hipertensiva, Síndromes Hipertensivas no Puerpério, cuidados do enfermeiro e de enfermagem às mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação e Near Miss Materno.

## 7 DISCUSSÃO

As fragilidades no cuidado oferecido são percebidas pelos enfermeiros no seu cotidiano diante das mulheres com síndrome hipertensiva na gestação, como por exemplo a aferição da pressão arterial. A aferição da Pressão Arterial (PA) é essencial para orientar as decisões de gerenciamento, a fim de evitar tratamentos excessivos ou insuficientes (DRUZIN, *et al*, 2021). Aferir este sinal vital envolve uma série de cuidados que podem interferir no resultado como o posicionamento da paciente e aparelho utilizado; assim como nos desfechos quando se percebe a demora dos profissionais médicos em fechar o diagnóstico de SHG; e a longa espera dos resultados dos exames de rotina solicitados para conduta, principalmente para iniciar a sulfatação ou internar as mulheres em estado hipertensivo.

Desse modo, as recomendações atuais reforçam a necessidade de adequação da aferição da PA com aparelho validado e calibrado, com a paciente em decúbito dorsal, preferencialmente sentada, aplicando o aparelho com manguito de 13 cm, no membro superior direito, mantendo-o elevado, na altura do coração (BRASIL, 2022a), sendo esta uma prática no cotidiano dos enfermeiros, mas que ainda se percebe a necessidade de padronização e atualização conforme os relatos.

Vale ressaltar que, nos casos de pacientes obesas, com circunferência do braço superior a 30 cm, em que manguito adequado não estiver disponível no momento, é necessário usar a tabela de correção (ANEXO 2). Destaca-se ainda que o método manual auscultatório é o padrão-ouro, pois dispositivos automatizados tendem a subestimar a PA, sobretudo na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (BARROSO *et al*, 2021).

Um estudo de natureza comparativa, com análise quantitativa, realizado por Gomes e outros autores (2013), cujo objetivo foi comparar os níveis pressóricos em gestantes aferidos rotineiramente por profissionais de enfermagem numa sala de acolhimento de um Centro de Saúde da Família com as medidas verificadas no consultório seguindo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, evidenciou diferenças significativa entre as medidas de pressões arteriais verificadas nas duas situações, com disparidades em 87% das aferições. Diante disso, é recomendado que os gestores dos serviços de saúde estejam atentos à qualidade da assistência, promoção de treinamento dos funcionários e manutenção preventiva dos aparelhos utilizados nas unidades (GOMES *et al*, 2013).

Destaca-se, no entanto, que o nível de PA em si, não deve ser um parâmetro isolado para estratificar o risco imediato na pré-eclâmpsia, pois algumas mulheres podem desenvolver disfunção grave de órgãos-alvo maternos ou disfunção uterina com PA minimamente elevada (MAGEE *et al*, 2021).

O diagnóstico de PE é dinâmico e heterogêneo, tornando-se um desafio na prática clínica, no entanto, é certo que diante de uma paciente que está hipertensa, deve-se tomar medidas para controlar a pressão arterial, seja com medicamentos anti-hipertensivos, ou retirando fatores que possam estar contribuindo para o aumento dos níveis pressóricos. A administração de anti-hipertensivos e anticonvulsivantes é crucial no manejo das SHG para reduzir riscos maternos e neonatais (PERAÇOLI, 2020; MAGEE *et al*, 2021).

Enfatiza-se que a condução conservadora só deve ser considerada quando estão presentes as seguintes premissas: clínica estável, êxito no controle farmacológico da hipertensão arterial, exames laboratoriais adequados e vitalidade fetal preservada (BRASIL, 2022a).

Assim, para conduta adequada é necessário a aferição correta da pressão arterial; e que resultados laboratoriais estejam disponíveis em tempo oportuno, para que as prescrições medicamentosas sejam realizadas para estabilização do quadro, de modo a salvaguardar a vida do binômio, fato que os enfermeiros desta pesquisa ressaltam e reconhecem a necessidade de ajustes. Estudo realizado por Gomes *et al*. (2013) apontou que o não recebimento do exame de urina, somado a aferição inadequada da PA, pode resultar no mascaramento da real situação de saúde materno-fetal, dificultando o diagnóstico precoce de SHG, podendo retardá-lo ou omiti-lo.

A proteinúria é uma das alterações que está presente em até 75% dos casos no resultado da rotina de pré-eclâmpsia, caracteriza-se por proteinúria acima 300 mg em 24 horas, razão proteinúria/creatinina urinária de 0,3 g de creatinina ou presença de pelo menos uma cruz de

proteína (equivalente a 30 mg/dL) na avaliação qualitativa de proteína em amostra de urina isolada (dipstick) (MAGEE *et al*, 2021; BARROSO, 2021; ACOG, 2013).

Nos casos de PE com sinais de gravidade os principais parâmetros clínicos e laboratoriais a serem tratados e monitorados são elevação da PA maior ou igual a 160/110 mmHg; sinais de iminência de eclâmpsia (cefaleia, fotofobia, fosfenas, escotomas e hiper-reflexia; náuseas, vômitos e dor epigástrica ou no hipocôndrio direito); Síndrome HELLP (caracterizada por: hemólise - presença de esquizócitos e equinócitos em sangue periférico e/ou elevação dos níveis de desidrogenase láctica (DHL) igual ou maior que duas vezes o valor do padrão do laboratório e/ou bilirrubina indireta acima de 1,2 mg/dL; enzimas hepáticas elevadas - valores de aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) igual ou maior que duas vezes o maior valor do padrão do laboratório; e platetopenia - valores inferiores a  $100.000/\text{mm}^3$ ); eclâmpsia (desenvolvimento de convulsões tônico-clônicas em mulheres com PE); edema agudo de pulmão; oligúria (diurese inferior a 500 mL/24h); e insuficiência renal aguda (creatinina sérica  $\geq 1,2$  mg/dL) (PERAÇOLI, 2020).

Na maternidade, o enfermeiro é o profissional, juntamente com a equipe de enfermagem que acolhe essas mulheres, faz a anamnese e identifica o estado hipertensivo, no primeiro momento que a paciente chega ao serviço de saúde. Além disso, quando essas mulheres estão internadas, é a equipe de enfermagem que está mais próxima a elas e que se mantêm presentes por maior período, permitindo a identificação de sinais e sintomas relacionados ao estado hipertensivo, em tempo oportuno.

O enfermeiro, ao identificar o estado hipertensivo, os sinais e sintomas presentes, ou ser comunicado pela equipe de enfermagem sobre essas alterações, classifica o risco, prioriza o atendimento às mulheres com sinais/sintomas de gravidade, e gerencia o cuidado a essas pacientes, em conjunto com a (o) médica (o) e demais profissionais envolvidos na assistência.

De acordo com o artigo 1º da Resolução COFEN nº 661/2021, "no âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão". O acolhimento e a classificação de risco (CR) em obstetrícia estão incorporados como uma prática do cuidar do (a) enfermeiro (a). Para a classificação de risco, utiliza-se na instituição o protocolo de CR do Ministério da Saúde (MS) como ferramenta de apoio à decisão clínica, que tem como propósito a identificação da paciente crítica ou mais grave, de modo a permitir o atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes (COFEN, 2021; BRASIL, 2018).

Na assistência à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, enquanto membro da equipe de enfermagem, ao enfermeiro cabe privativamente, os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. E ao enfermeiro obstetra, enquanto membro da equipe de saúde, incumbe a identificação das distócias e emergências obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico (BRASIL, 1987; COFEN, 2015).

Situações de urgência e emergência diante dos casos de SHG necessitam de intervenção medicamentosa imediata. Nos casos de crise hipertensiva (PAS  $\geq$ 160 ou PAD  $\geq$ 110 mmHg), tem-se como PA alvo para terapia anti-hipertensiva a PAD de 85 mmHg, independentemente da PAS. Em situações de suspeita clínica de PE, na vigência de crise hipertensiva, em pacientes sintomáticas ou assintomáticas, indica-se a administração de sulfato de magnésio para prevenção de desfechos adversos e situações ameaçadoras à vida. Ressalta-se que a administração do sulfato de magnésio deverá sempre preceder o hipotensor de ação rápida (BRASIL, 2022a; MAGEE et al, 2021).

As medicações anti-hipertensivas consideradas de primeira linha para crise hipertensiva são: hidralazina, nifedipina e labetalol. Este último ainda não se encontra disponível em território brasileiro. A hidralazina intravenosa (IV) apresenta-se como a droga mais difundida na prática clínica (BRASIL, 2022a). Em relação à administração deste medicamento foram apontadas situações de risco à segurança das pacientes e limitação da autonomia do enfermeiro e da equipe de enfermagem no desenvolvimento da assistência às pacientes atendidas na instituição como, a falta de autonomia dos enfermeiros capacitados para iniciar o processo de administração de medicamentos diante de situações de urgência e emergência, na ausência do médico, assim como a administração dessa medicação apenas pelos residentes de medicina ou até mesmo a diluição da medicação realizada por algum profissional de enfermagem para administração por outro profissional de medicina.

De acordo com lei 7.498/86, que respalda o exercício da enfermagem de forma livre e autônoma no Brasil, cálculos, diluições e administração de medicamentos constituem-se atividades de responsabilidade legal da equipe de enfermagem, compartilhada com outros profissionais, assim como a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1987).

Os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo preparo, administração e monitoramento dos medicamentos. Sendo que para realizarem essas ações precisam estar conscientes e seguros e possuírem conhecimentos e acesso às informações necessárias para

eliminar incertezas, dúvidas, e insegurança de modo a reduzir os fatores de risco para a ocorrência de incidentes relacionados a medicamentos (IRM) (FELDMAN *et al*, 2017).

No processo de preparo, administração e monitoramento de medicamentos, nas dimensões institucional e profissional, nos diferentes serviços de atendimento à saúde, é preciso estabelecer estratégias e criar mecanismos de defesa com barreiras para prevenir e até interceptar IRM (WHO, 2011; SOUSA, 2014). Estudo realizado há mais de três décadas já sugeria como estratégia para reduzir erros de medicação não administrar medicamentos preparados por outro profissional (CARR, 1989). Atualmente, a administração de medicamentos preparados por outro profissional baseando-se apenas em informação verbal, é considerada como quebra das normas básicas de segurança, pois contribui para o aumento do risco de IRM (FELDMAN *et al*, 2017).

Nos últimos 10 anos, foram emitidos vários pareceres de Conselhos Regionais de Enfermagem e um do Conselho Federal de Enfermagem sobre a administração de medicamentos preparados por outro profissional. Alguns deles divergem no que se refere a recomendação ou não recomendação dessa prática. O mais recente deles não recomenda, considerando o risco à segurança do paciente, indicando que podem ocorrer apenas em situações excepcionais (COREN-MS, 2017). Enquanto parecer do COFEN nº 0310/2015 diz que "a administração de uma medicação (preparado/diluído) por outro profissional da área da saúde, pode ocorrer após a certificação de que no recipiente em questão encontra-se uma etiqueta de identificação contendo o nome do paciente, dose/dosagem, princípio ativo e solução utilizada para a diluição do medicamento, horário e a identificação do profissional" (COFEN, 2015).

Diante do exposto, ressalta-se que todos os profissionais envolvidos no sistema de medicamentos devem entender os perigos e riscos envolvidos no preparo e administração de medicamentos e tem a responsabilidade de trabalhar em conjunto, para minimizar os danos causados aos pacientes. Uma estratégia que deve ser utilizada pelos profissionais para reduzir IRM, é checar a lista dos certos da administração de medicações, dos quais destaca-se: medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, paciente certo, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (WHO, 2011; FELDMAN *et al*, 2017).

Em relação ao local de administração dos medicamentos diante da crise ou emergência hipertensiva, a literatura aponta que esta deverá ser realizada no local do evento, evitando-se, dessa forma, a transferência de pacientes em situações de instabilidade (BRASIL, 2022a; MAGEE *et al*, 2021). O local para manejo medicamentoso nos casos de crise ou emergência hipertensiva e a profilaxia de convulsão, na instituição, foi destaque nas falas dos enfermeiros.

Pelos relatos, a administração do sulfato de magnésio, e até mesmo de anti-hipertensivos, em alguns casos, se centralizam no CO. Considerando que nesses casos é indispensável a disponibilidade imediata para internação ou transferência da paciente, e muitas vezes não há vaga no CO, tal conduta pode aumentar os riscos de desfechos desfavoráveis. Diante disso, foi apontada a necessidade de o manejo medicamentoso ocorrer no local em que for identificado mulheres com crise ou emergência hipertensiva e/ou com risco de eclâmpsia.

Haja vista que os distúrbios hipertensivos da gravidez são a principal causa de morte materna e de morbidade materna grave, no mundo, incluindo as condições potencialmente ameaçadoras de vida (Cpav) e near miss materno (NMM), o entendimento da realidade local, incorporação de inquéritos de mortalidade e análise de NMM na avaliação do processo de atendimento obstétrico é fundamental para implementar melhorias na assistência à saúde materna e perinatal (BRASIL, 2022a).

Estudo de Andrade *et al.* (2022) que investigou os fatores associados à morbidade materna grave entre mulheres atendidas em maternidades públicas em um município do Sul do Brasil, os distúrbios hipertensivos destacaram-se entre as causas de morbidade materna grave, evidenciando a necessidade de melhorias no rastreamento e tratamento dos elevados níveis pressóricos das gestantes nos serviços de pré-natal, bem como adequada assistência obstétrica para os casos mais graves.

Para o estudo da MM, Thaddeus e Maine (1994) propuseram um modelo que considera o tempo para a obtenção de cuidados obstétricos adequados como variável mais importante para redução da MM, denominado modelo das três demoras, que inclui: fase I- demora na decisão de procurar cuidados pelo indivíduo e/ou família; fase II - demora em chegar a uma unidade de cuidados adequados de saúde; e fase III- demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.

Estudo realizado por Pacagnella e outros autores (2014), mostrou que 25,7% dos atrasos observados na pesquisa estavam relacionados à qualidade da assistência médica. Evidenciou que a maior frequência de demoras na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno e são significativamente mais prevalentes entre os casos classificados como de NMM ou de óbitos.

Demoras relacionadas à condução dos casos por profissionais de saúde podem ser reflexo de uma falha no processo de assistência obstétrica, incluindo atrasos na determinação do diagnóstico e tratamentos adequados para cada caso, decorrente de protocolo inadequados ou inexistentes e de falha na humanização do processo de cuidado (FIOCRUZ, 2020).

Diante dos riscos relacionados às demoras na assistência, os enfermeiros apontam a necessidade de protocolo para guiar condutas, incluindo a de fluxos assistidos para o cuidado oportuno e com qualidade às mulheres, de acordo com a realidade da instituição. Pois o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais (PIMENTA *et al*, 2015).

O modelo biomédico que foi citado pelos participantes como ainda existente na instituição de pesquisa, atua como fator limitador para o efetivo exercício da autonomia do enfermeiro, visto que a autonomia profissional precisa estar direcionada ao trabalho coletivo, de forma compartilhada, pois os profissionais possuem formação e práticas distintas e necessárias para a prestação das atividades (MELO *et al*, 2016)

Revisão integrativa realizada por Bonfada, Pinno e Camponogara (2018) identificou como fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar: influência do médico no trabalho do enfermeiro; tipo de unidade onde o enfermeiro atua (crítica ou não crítica); e deficiência do conhecimento técnico científico.

O enfermeiro tem autonomia para o desenvolvimento do seu exercício profissional, no cotidiano da sua prática nas instituições de saúde é responsável pelo gerenciamento do cuidado, tendo por finalidade proporcionar todas as condições necessárias à sua execução (BRASIL, 1987). Quanto melhor implementada a autonomia profissional e os processos de trabalho da enfermagem, mais oportunidades o enfermeiro terá em atuar com base no conhecimento técnico e científico e em seu julgamento e poder decisório, ampliando o seu papel enquanto membro da equipe de saúde (KRAEMER, DUARTE e KAISER, 2011). Como foi apontado por Berti e outros autores (2008), a interferência de outras pessoas nas decisões do enfermeiro, e a dependência de outros para realizar alguma atividade, são fatores externos que influenciam na autonomia profissional do enfermeiro, e que precisam ser apreendidos.

Uma equipe multiprofissional forma-se a partir de ações integradas entre todos os seus membros. O que determina essa unidade é principalmente o desenvolvimento de ações conjuntas, em que cada categoria profissional atua como ator independente em ações específicas de sua profissão, porém reconhecendo e associando suas ações aos demais membros da equipe (BARROSO *et al*, 2021). Estudos mostram que cuidados dispensados por equipes e decisões tomadas de forma compartilhada estão associados à redução de custos e a melhores resultados no tratamento da hipertensão arterial (DAVID *et al* 2015; JACOB *et al*, 2015). A

importância da harmonia de condutas em conjunto com a categoria médica é uma das situações apontadas para melhoria do cuidado oferecido na maternidade local da pesquisa.

Além da integralidade do cuidado às mulheres, os enfermeiros também enfatizaram a importância dos profissionais estarem atualizados sobre as recomendações relacionadas às SHG e realizarem o cuidado com embasamento científico, destacando o uso da Prática Baseada em Evidência (PBE) para tomada de decisão na prática clínica. A PBE refere-se à utilização dos resultados de pesquisas científicas como subsídio para a adoção de condutas durante a assistência à saúde. Devendo o profissional utilizar evidências científicas de pesquisas com rigor metodológico, com boa validade interna e externa, para a aplicação na prática do cuidado clínico (DANSKI *et al.*, 2017)

A PBE na enfermagem hospitalar proporciona maior confiabilidade das intervenções dos profissionais, conseqüentemente promovem a melhoria na qualidade do cuidado. Estudo descritivo, realizado em um hospital universitário no Nordeste do Brasil, no ano de 2019, mostrou que as atitudes dos enfermeiros são embasadas em resultados científicos, entretanto, nem sempre as melhores evidências são utilizadas no subsídio das práticas profissionais. Mostrando que a expansão do uso adequado da pesquisa na Enfermagem contribui para a segurança do paciente, educação permanente e qualidade da assistência (SILVA *et al.*, 2021).

O conhecimento técnico-científico; a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); as relações interpessoais; e a comunicação entre equipe multiprofissional e pacientes são considerados como fatores positivos que contribuem para a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar (BONFADA; PINNO; CAMPONOGARA, 2018).

Uma ferramenta que permite ao enfermeiro identificar e solucionar as questões da enfermagem com autonomia é a comunicação (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011). Além disso, os enfermeiros desta pesquisa compreendem a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos na assistência como essencial para a continuidade do cuidado às mulheres com SHG.

O conhecimento técnico-científico e os protocolos institucionais; as habilidades de comunicação, de liderança e de tomada de decisão, são competências imprescindíveis ao enfermeiro para a continuidade do cuidado. E que podem ser desenvolvidas por meio de capacitações e oportunizadas pelo Serviço de Educação Permanente do hospital (OLIVEIRA *et al.*, 2021)

O Enfermeiro reconhece a importância do cuidado compartilhado e vai além do cuidado biomédico, tendo como foco a mulher e suas necessidades individuais. Os participantes deste estudo destacaram também sobre a abordagem não medicamentosa numa perspectiva

integrativa do cuidado. Apontando para adoção práticas complementares ao tratamento medicamentoso, relacionadas a ambiência, redução de ruídos, massagem, padrão de sono adequado, e acompanhamento psicológico. No que se refere a ambiência, é recomendação do Ministério da Saúde (MS) que as maternidades e os serviços de saúde que realizam partos, adequem seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para contribuir e facilitar os processos e relações de trabalho. De modo a favorecer o acolhimento da gestante, parturiente e sua rede social, possibilitar condições de conforto, incluindo o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente (BRASIL, 2018).

Estudo realizado por Pivatto e Gonçalves (2013) na mesma maternidade desta pesquisa, cujo objetivo foi mensurar os níveis de ruído e levantar a percepção dos profissionais de enfermagem e usuárias do Alojamento Conjunto (AC), constatou níveis de ruído elevados em todas as áreas desse setor, e mostrou que o ruído interfere na ambiência, afetando negativamente na recuperação dos pacientes. Dentre as ações para contribuir com a ambiência do AC apontadas pelos profissionais de enfermagem e as usuárias, a prática da musicoterapia foi citada como uma das ações relacionadas à confortabilidade.

Considerando que as gestações de alto risco podem também estar relacionadas com o estresse psicológico materno, as práticas integrativas têm o potencial de contribuir no manejo de diversos quadros obstétricos, com destaque para a hiperêmese, os estados hipertensivos e quadros depressivos e de ansiedade, quando incorporadas à atuação da equipe assistencial multidisciplinar. Exercícios de respiração, relaxamento, higiene do sono, aspectos emocionais e de autoestima, dentre outros, têm demonstrado benefícios, destacando a importância de oferecer e incentivar o atendimento multidisciplinar em obstetrícia (BRASIL, 2022a).

Ao gerir o cuidado de enfermagem, o enfermeiro deve valorizar os aspectos subjetivos do cuidado e as singularidades da gestante, considerando as mudanças sociais e biopsicológicas vividas pela gestante e o seu contexto de vida, buscando promover um cuidado singular, multidimensional, contínuo, vigilante, sistematizado e integrado a partir de protocolos bem definidos e implementados, baseados em evidências científicas (AMORIM *et al*, 2022).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, neste grupo de enfermeiros, percebeu-se que demonstram conhecimento atualizado e buscam realizar seu cuidado com competência às mulheres com SHG. Estão em constante busca de evidências, em uma atitude de educação continuada e percebem a necessidade de compartilhar o conhecimento com a categoria profissional e até mesmo com a equipe multiprofissional.

Diante do desenvolvimento de habilidades de cuidado, sentem a necessidade de mais autonomia dentro do seu contexto de atuação na maternidade. As fragilidades de condutas identificadas pelos enfermeiros como aferição de pressão arterial, administração de medicamentos, dificuldade de comunicação entre a categoria e equipe multiprofissional foram identificadas a partir da realização das oficinas, as quais permitiram a troca de conhecimentos, a reflexão sobre os cuidados às mulheres e assim a oportunidade de harmonização das ações de cuidado.

Para as adequações apontadas pelos enfermeiros desta pesquisa como necessárias para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres atendidas na maternidade, os protocolos institucionais são importantes ferramentas, pois direcionam a assistência de enfermagem, promovem atualizações e educação continuada além de ser um meio de comunicação entre a categoria e a equipe multiprofissional. Tornando o cuidado oferecido baseado nas evidências científicas disponíveis e promovendo segurança ao paciente.

O enfermeiro demonstrou também que seu cuidado, além de ser baseado em evidências científicas, está voltado para a integralidade, buscando a implementação de uma assistência biopsicossocial, quando refere-se aos cuidados com o ambiente e com o bem-estar das pacientes.

Esta pesquisa tem como limitação não ter incluído técnicos e auxiliares de enfermagem; e demais profissionais da equipe multiprofissional. Considerando a importância do cuidado multiprofissional, sugere-se uma pesquisa posterior que inclua todos os profissionais, permitindo assim a uniformização do cuidado às mulheres por toda a equipe multiprofissional.

Como implicações para a prática, o produto advindo desta pesquisa será levado para apreciação dos gestores e supervisores da maternidade para sua implantação. Espera-se que seja um documento de constante consulta e atualizações quando forem pertinentes. Assim como este trabalho possa ser referência e replicado em outros locais que necessitem da construção de protocolos desta natureza.

Tendo em vista a divergência dos pareceres de conselhos regionais de enfermagem de diversos estados e do conselho federal de enfermagem, e considerando que até o momento não existe um parecer do Coren do estado do Paraná sobre a administração de medicação preparada por outro profissional, além da administração da medicação hidralazina por via intravenosa pelos profissionais de enfermagem, está sendo elaborada uma solicitação de parecer do Coren-PR sobre esses temas.

Como sugestão para pesquisas futuras aponta-se o desenvolvimento de pesquisa semelhante a esta na atenção primária à saúde onde essas mulheres são assistidas, tendo em vista que a APS trabalha diretamente com a prevenção de agravos à saúde, pois nos casos em que essas mulheres já chegam na atenção hospitalar em situações de gravidade existe maior probabilidade de desfechos desfavoráveis. Considerando que o cuidado às mulheres com gestação de alto risco deve ser compartilhado com os três níveis de atenção é essencial que em todos os níveis essas mulheres recebam um cuidado baseado nas melhores evidências científicas, visando reduzir riscos à saúde materna e neonatal.

Por fim, este estudo tem como potencialidade a construção de um protocolo de cuidado que levou em consideração a realidade da instituição, as competências e fragilidades percebidas pelos enfermeiros da maternidade, o que contribui para sua utilização de forma efetiva.

## REFERÊNCIAS

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. **Obstet Gynecol.** v. 135, n. 6, p. 237-260, Jun. 2020. DOI. 10.1097/AOG.0000000000003891. Acesso em: 06 abr. 2021.
- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Re- port of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. **Obstet Gynecol.** v. 122, n. 5, p. 1122-31, Nov. 2013. DOI: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
- ACOG. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS. Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. **Obstet Gynecol.**, v. 133, n. 1, p, 26-50, Jan. 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003020.
- AMORIM, T.S. *et al.* Nursing care management for the quality of prenatal care in ANANTH, C. V.; VINTZILEOS, A. M. Medically indicated preterm birth: recognizing the im- portance of the problem. **Clin Perinatol**, v. 35, n. 1, p. 53-67, Mar. 2008. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2007.11.001>. Acesso em: 03 abr. 2021.
- ANDRADE, M. S. *et al.* Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. **Cad. Saúde Pública.**, v. 38, n. 1, e00021821, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021821>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROSO, W.K.S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
- BARTON, J. R.; SIBAI, B. M. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syn- drome. **Clin Perinatol**, v. 31, n. 4, p. 807–833, Dez. 2004. DOI.10.1016/j.clp.2004.06.008.
- BERTI, H, W. *et al.* Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 16, n. 2, p. 184-191, Mar. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200003>.
- BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOVARA, S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, v,12, v.8, p. 2235-2246, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234915p2235-2246-2018>.
- BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf). Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 51, n. 20, Maio de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epi-dem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epi-dem_obito_materno.pdf). Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. **Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (IVIS)**, 2022b. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: [%20T%20-%20THABATA%20CRISTY%20ZERMIANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_da_mulher.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 18 jun. 2021.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829\\_cadernos\\_ODS\\_objetivo\\_3.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf). Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria de Governo da Presidência da República. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Brasil 2017**. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: <https://exposicao.enap.gov.br/items/show/562>. Acesso em: 07 jul. 2021.

CIPEAD. Coordenadoria de Integração de Políticas de Educação a Distância. **UFPR Virtual**. Disponível em: <http://www.cipead.ufpr.br/porta11/index.php/cipead/saberesonline/ufpr-virtual/>. Acesso em: 29 jun. 2021.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução no 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. **COREN**, Brasília, DF, 14 abr. 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html). Acesso em: 10 jun. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017a.

COORAY, S. D. *et al.* Characterization of symptoms immediately preceding eclampsia. **Obstet Gy- necol.**, v. 11, n. 8, p. 995–999, Nov. 2011. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182324570.

COSTA, A. C. P. J. *et al.* Maternal mortality in a regional health jurisdiction in the Brazilian state of Maranhão: a retrospective study. **Online braz j nurs.**, v. 12, n. 4, p. 854-861, Dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134183>.

COSTA, E. S.; OLIVEIRA, R. B de.; LOPES, G.S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.1, v. 13, p. 58-26, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Perfil da mortalidade materna Curitiba 2000 a 2017**. Curitiba, maio 2019. Disponível em: [https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Mortalidade%20Materna%202000\\_2017\\_residencia%20Curitiba.pdf](https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Mortalidade%20Materna%202000_2017_residencia%20Curitiba.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Pré-natal e puerpério na Atenção Primária: Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Curitiba, 2021. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/protocolo-mae-curitibana.html>. Acesso em: 18 abr. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida**. Curitiba, 2018. Disponível em: [https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo\\_Redde\\_Mãe\\_Curitiba\\_Vale\\_a\\_Vida\\_web.pdf](https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo_Redde_Mãe_Curitiba_Vale_a_Vida_web.pdf). Acesso em: 18 abr. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Resolução n. 002/99**. Aprova a instrução normativa do Programa Mãe Curitibana. Diário Oficial – Atos do Município de Curitiba, Curitiba, 09 mar. 1999. Disponível em: [https://legisladocexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna\\_Pesquisa.aspx](https://legisladocexterno.curitiba.pr.gov.br/DiarioConsultaExterna_Pesquisa.aspx). Acesso em: 28 jun. 2021.

DANSKI, M.T.R. *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude.**, v. 16, n. 2, Abr-Jun, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>. Acesso em: 05 jul. 2022.

DAVID, G. *et al.* Do patient- centered medical homes reduce emergency department visits?. **Health Serv Res.**, v. 50, n. 2, p. 418-439, Abr. 2015. DOI: 10.1111/1475-6773.12218.

DRUZIN, M. L. *et al.* **Improving Health Care Response to Hypertensive Disorders of Pregnancy.** California Maternal Quality Care Collaborative Quality Improvement Toolkit, 2021.

DULEY, L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. **Semin Perinatol.** v. 33, n. 3, p. 130-137, Jun. 2009. DOI: 10.1053/j.semperi.2009.02.010.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos.** Série Orientações e Recomendações n. 8, São Paulo, 2017.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.** Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, n. 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação. São Paulo, 2018.

FERREIRA, M.B.G. *et al.* Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Rev Esc Enferm USP.** v. 50, n. 2, p. 324-334, abr 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000200020.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Prevenção da Mortalidade Materna por Hipertensão.** Rio de Janeiro, 24 fev. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-prevencao-da-mortalidade-materna-por-hipertensao/>. Acesso em: 06 ago. 2022.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **O Papel das Demoras na Provisão de Cuidados Adequados às Complicações Maternas.** Rio de Janeiro, 19 mai. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/o-papel-das-demoras-na-provisao-de-cuidados-adequados-as-complicacoes-maternas/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GIRUM, T.; WASIE, A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. **Matern health neonatology and perinatology.**, v. 3, n. 19, Nov. 2017. DOI: 10.1186/s40748-017-0059-8.

GOMES, A. S. *et al.* Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 923-031, out/dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19766>.

GUIMARÃES, T. A. *et al.* Mortalidade materna no brasil entre 2009 e 2013. **Rev Pesq Saúde**, v. 18, n. 2, p. 81-85, maio-ago. 2017. Disponível em: <https://periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8381>. Acesso em: 18 jun. 2021.

HOMER, C.S. *et al.* Non proteinuric pre-eclampsia: a novel risk indicator in women with gestational hypertension. **J Hypertens.** v. 26, n. 2, p. 295-302, Fev. 2008. DOI: 10.1097/HJH.0b013e3282f1a953.

JACOB, V. *et al.* Economics of Team-based Care in Controlling Blood Pressure: A Community Guide Systematic Review. **Am J Prev Med.**, v. 49, n. 5, p. 772-749, Nov. 2015. DOI: 10.1016/j.amepre.2015.04.003

JIMENEZ, E.J.B. **Avançando na Atenção Materno-Infantil Programa Mãe Curitibana.** In: DUCCI, L. *et al.* Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 201- 212.

JIMENEZ, E.J.B.; PCHEBILSKI, L.T. **A Experiência do Programa Mãe Curitibana.** In: MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSES, S.J. (org.). A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília, 2013.

KORKES, H. A. *et al.* **Hipertensão arterial crônica e gravidez.** São Paulo: FEBRASGO, 2018.

KRAEMER, F. Z; DUARTE, M. L. C; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 487-494, Set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300008>.

MAGEE, L.A. *et al.* The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. **Pregnancy Hypertens.**, v. 27, p. 148-169, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008>

MAGEE, L.A; NICOLAIDES, K.H; VON DADELSZEN, P. Preeclampsia. **N Engl J Med.**, v. 386, n. 19, p. 1817-1832, May 2022. DOI: 10.1056/NEJMra2109523.

MARTIN, J.N. Jr. The spectrum of severe pre- eclampsia: comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count) syndrome classification. **Am J Obstet Gynecol**, v.180, p. 1373–1384, Jun. 1999. DOI: 10.1016/s0002-9378(99)70022-0.

MAXWELL, M. H. *et al.* Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. **Lancet**, v. 2, n. 8288, p. 33-36, Jul. 1982. DOI: 10.1016/s0140-6736(82)91163-1.

MAZZO, M.H.S.N; BRITO, S.S de; SANTOS, F.A.P.S dos. Activities performed by nurses during home visit at postpartum. **RevEnferm. UERJ.** v.22, n.5, p.663-667, set/out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15526>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MELO, C. M. M. *et al.* Professional autonomy of the nurse: some reflections. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 20, n. 4, e20160085, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>.

MERDAD, L.; ALI, M.M. Timing of maternal death: Levels, trends, and ecological correlates using sibling data from 34 sub-Saharan African countries. **PLoS One.**, v. 13, n. 1, e0189416, Jan. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0189416.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Hypertension in pregnancy: diagnosis and management.** London: NICE guideline, Jun. 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG133>. Acesso em: 19 jun 2022.

NORAIHAN, M.N.; SHARDA, P.; JAMMAL, A.B. Report of 50 cases of eclampsia. **J Obstet Gynaecol Res.** v. 31, p. 302-309, Jul. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2005.00292.x>. Acesso em: 18 abr.2021.

OLIVEIRA, L. S de. *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Esc Anna Nery.**, v. 25, n. 5, e20200530, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.** OMS, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf). Acesso em: 08 mar. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da Qualidade do Cuidado nas Complicações Graves da Gestação: A Abordagem do Near Miss da OMS para a Saúde Materna.** Montevideu, Uruguai: OMS, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba:** resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34286>. Acesso em: 26 jun. 2021.

PACAGNELLA, R. C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 14, p. 159, May 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-159.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Mortalidade materna.** Seminário de atualização da linha de cuidado materno infantil do Paraná - Cuidado compartilhado, 2022. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2022-03/mortalidade\\_materna\\_infantil\\_e\\_fetal\\_no\\_pr\\_acacia\\_nsr.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/mortalidade_materna_infantil_e_fetal_no_pr_acacia_nsr.pdf). Acesso em: 01 ago. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020- 2023.** Curitiba, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANO-ESTADUAL-DE-SAÚDE-DO-PARANÁ-2020-2023.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

- PERAÇOLI, J. C. *et al.* **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia** – Protocolo nº. 01. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020. Disponível em: [https://sogirgs.org.br/pdfs/pre\\_eclampsia\\_eclampsia\\_protocolo\\_rbehg\\_2020.pdf](https://sogirgs.org.br/pdfs/pre_eclampsia_eclampsia_protocolo_rbehg_2020.pdf). Acesso em: 22 fev. 2022.
- PILER, A. A. **Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição.** 253f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/57361>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** São Paulo: COREN-SP, 2015.
- PIVATTO, L. F.; GONÇALVES, C. G. O. Ruído no alojamento conjunto: percepção das usuárias e dos profissionais de enfermagem. **Rev. CEFAC.**, v. 15, n. 6, p. 1461-1474. Nov-Dez 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000600009>
- POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem.** 9 ed. Editora: Artmed, 2019.
- PORTAL ODS. **Relatórios Dinâmicos: Monitoramento de Indicadores.** Disponível em: <http://rd.portalods.com.br/relatorios/12/saude-e-bem-estar/BRA004041095/curitiba---pr>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 05 jul 2021.
- SCHOLZE, A. R. *et al.* Mortalidade materna: comparativo após implantação da Rede Mãe Paranaense. **J. nurs. health.** v. 10, n. 2, e20102007, Jun. 2020.
- SIBAI, B.M. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing?. **J Obstet Gynecol**, 1990.
- SILVA, J.M.P da. *et al.* Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 18, n. 1, p. 37-65, Jan-Mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- SILVA, J.O.M. *et al.* Use of evidence-based practice by nurses in the hospital service. **Cogitare enferm.**, v. 26, e67898, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>.
- SOUZA, M.S. *et al.* Mortalidade materna: perfil epidemiológico em Sergipe (2001- 2010). **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde.**, v.1, n. 17, p. 49-59, Out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1009>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- STEEGERS, E.A.P. *et al.* Pré-eclâmpsia. **The Lancet.** v. 376, ed. 9741, p. 631–644, Ago. 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60279-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60279-6).

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med.**, v. 38, n. 8, p. 1091-1110, Apr. 1994. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.

TOMSEN, T.R. HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) presenting as generalized malaise. **Am J Obstet Gynecol.** v.172, n. 6, p. 1876–1880, Jun. 1995. DOI: 10.1016/0002-9378(95)91426-9.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V da. **Pesquisa convergente assistencial.** 3. ed. Porto Alegre – RS: Editora Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V da. The convergent care research method and its application in nursing practice. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e1450017, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>.

WEBQDA. **Software de Análise Qualitativa de Dados.** Disponível em: <https://www.webqda.net>. Acesso em: 03 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety curriculum guide:** multi-professional. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 18 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.** Geneva: WHO, 2017.

ZERMIANI, T.C. **Acesso e acessibilidade ao cuidado pré-natal na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil de Curitiba-PR.** 153f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/70208/R%20-%20T%20-%20THABATA%20CRISTY%20ZERMIANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jun. 2021.

ZERMIANI, T.C. *et al.* A relação entre indicadores de desenvolvimento humano e de saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba-PR. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 1, p. 100-106, Jan-Mar. 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800010041.

## **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) EM DUAS VIAS**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Tatiane Herreira Trigueiro e Sinderlândia Domingas dos Santos pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor(a) Enfermeiro lotados nos setores de pronto atendimento, centro obstétrico e alojamento conjunto da Maternidade do Hospital de Clínicas, a participar de um estudo intitulado: **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA SISTEMATIZAR O CUIDADO A SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ EM MATERNIDADE.**

Apresentamos essa pesquisa como uma oportunidade de rever e aprimorar a atuação dos Enfermeiros da maternidade no cuidado a gestantes e puérperas com Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG), contribuindo com a criação de um protocolo de enfermagem para aprimorar sua prática profissional durante suas atividades na supracitada maternidade.

O objetivo geral é: Construir um protocolo de Enfermagem para sistematizar o cuidado à Síndrome Hipertensiva da Gravidez em maternidade

Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário preencher um formulário online a ser enviado por meio eletrônico da sua preferência previamente autorizado; participar de um curso o oferecido sobre o tema que contém 5 (cinco) encontros remotos assíncronos que terá como ambiente o Moodle da UFPR Virtual, durante dias a serem agendados previamente; e de 5 (cinco) oficinas síncronas, concomitante a cada módulo do curso, quais serão realizadas em ambiente virtual gravadas, via *Microsoft Teams*, para discussão do material e tema do módulo. As oficinas irão ocorrer semanalmente, mediante cronograma a ser estabelecido pelas pesquisadoras e enviado ao (a) Senhor (a) com 15 dias de antecedência por meios digitais. Cada oficina será oferecida duas vezes, nos turnos da manhã e tarde, com duração média de 60 minutos, totalizando aproximadamente 10 encontros. O curso e as oficinas irão guiar a construção do Protocolo em questão.

Quanto aos riscos, visto que serão realizadas oficinas nas quais o participante será convidado a falar sobre sua prática assistencial, facilidades e dificuldades no desempenho de suas atribuições, podendo com isso gerar algum desconforto ou constrangimento. Para que sejam amenizados esses riscos, será dado ao participante a garantia de sigilo, anonimato e confidencialidade, através identificação codificada dos participantes, e ainda a opção desistência a qualquer momento, não havendo prejuízos institucionais para o mesmo.

Os benefícios se darão através da devolutiva da pesquisa à Instituição e aos Enfermeiros através da elaboração de um Protocolo assistencial e o desenvolvimento de um curso de capacitação para Enfermeiros que atuam nas unidades referidas. A Instituição terá como benefício um profissional qualificado realizando avaliação, admissão e assistência das pacientes, dessa forma garantindo às usuárias um atendimento respaldado em Lei e de acordo com os princípios do SUS.

As pesquisadoras Tatiane Herreira Trigueiro e Sinderlândia Domingas dos Santos, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail ([sinderlandiadds@gmail.com](mailto:sinderlandiadds@gmail.com) e/ou [tatiherreira@gmail.com](mailto:tatiherreira@gmail.com)). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 987124115 e/ou (41)999486957 que estará disponível nas 24 horas, com acesso direto com as pesquisadoras.

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08h às 14h de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

O desenvolvimento do estudo foi autorizado e é de conhecimento pelas Chefias de Enfermagem da Unidade Materno Infantil (UMI): Denise Rocha e Letícia Siniski de Lima e chefia da Comissão de Educação Permanente de Enfermagem (CEPEN): Camila Caroline Szpin. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido (questionários, imagens, gravação) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 (cinco) anos. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (transporte, impressão de material) não são de sua responsabilidade e o(a) Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS****CUIDADO DE ENFERMAGEM A SÍNDROMES  
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ EM  
MATERNIDADE**

1. Nome

---

2. E-mail

---

3. Sexo

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

4. Idade

---

5. Ano de conclusão da graduação

---

6. Possui Especialização ou Pós-Graduação?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**Se a resposta for "sim", especifique, por favor.**

7. Qual seu setor de trabalho?

*Marcar apenas uma oval.*

Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO)

Centro Cirúrgico Ginecológico e Obstétrico

Alojamento Conjunto

8. Há quanto tempo você atua no seu setor?

\_\_\_\_\_

9. Em relação ao cuidado à gestante e/ou puérpera com Síndrome Hipertensiva da Gravidez quais suas facilidades no atendimento às pacientes no seu setor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Em relação ao cuidado à gestante e/ou puérpera com Síndrome Hipertensiva da Gravidez quais suas dificuldades no atendimento às pacientes no seu setor?

---

---

---

---

---

11. Se você tivesse a oportunidade de participar de um curso remoto sobre cuidado de enfermagem a gestantes/puérperas com SHG, o que você gostaria que fosse abordado?

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## APÊNDICE 3 - ROTEIRO OFICINAS

### **OFICINA 1 – Reconhecimento**

**Objetivo:** Estabelecer o diálogo participativo em relação ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com síndromes hipertensivas da gravidez, à percepção dos Enfermeiros quanto ao tema e demonstrar a importância da pesquisa.

Como vocês percebem o cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG na maternidade?

Na sua opinião, como ocorre o cuidado de enfermagem prestado às gestantes e puérperas com SHG entre os setores da maternidade?

### **OFICINA 2 – Cuidado de Enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG)**

**Objetivo:** Estabelecer a reflexão em relação ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com síndromes hipertensivas da gravidez nos setores: Pronto Atendimento, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto.

No seu setor, quais os cuidados que são realizados às gestantes e puérperas com SHG?

Você considera que o Enfermeiro tem autonomia na tomada de decisão no cuidado às gestantes e puérperas com SHG, no seu setor?

### **OFICINA 3 – Sistematização do cuidado de Enfermagem às gestantes e puérperas com Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG)**

**Objetivo:** estabelecer junto aos Enfermeiros caminhos e consensos para a sistematização do cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG na maternidade.

Quais suas sugestões em relação aos cuidados de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG no seu setor/maternidade? Como você acha que poderiam ser desenvolvidos e organizados os cuidados de enfermagem e rotinas em relação às gestantes e puérperas com SHG?

Para vocês, na construção de um protocolo quais seriam os principais cuidados de enfermagem a esta clientela?

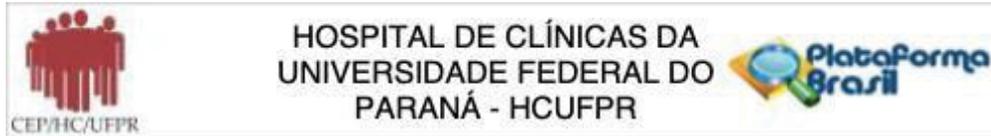
**OFICINA 4 – Construção**

**Objetivo:** apresentar o esboço do protocolo referente ao cuidado de enfermagem às gestantes e puérperas com SHG, elaborado por meio das discussões e consensos com os Enfermeiros da maternidade.

Conforme o esboço do protocolo apresentado, quais suas sugestões?

Qual sua percepção e expectativas sobre o protocolo aqui construído?

## ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS EM

**Pesquisador:** Tatiane Herreira Trigueiro

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 27755120.5.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.640.433

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta de pendência referente ao parecer de número: 4.588.214. Na sequência segue reedição dos últimos pareceres.

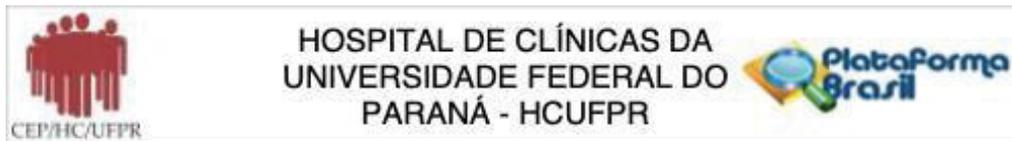
#### REEDIÇÃO DOS ÚLTIMOS PARECERES:

Trata-se de solicitação de nova emenda, referente ao projeto de pesquisa, com o último parecer de número 4.340.546, datado de 15 de outubro de 2020. Conforme abaixo apresentado, no item 1 (REEDIÇÃO DO PARECER número 3.805.554), e no item 2 (EMENDA REFERENTE AO ÚLTIMO PARECER 4.340.546). Neste parecer incluído o item 3 referente a esta nova solicitação de emenda com justificativas.

#### 1- APRESENTAÇÃO DO ÚLTIMO PARECER (REEDIÇÃO DO PARECER número 3.805.554:

Trata-se de projeto matriz, assim para cada objetivo específico será apresentada a metodologia adotada. Para o objetivo "Analisar os motivos de procura e encaminhamentos ao Pronto Atendimento de gestantes vinculadas a uma maternidade de risco habitual", a metodologia utilizada será a quantitativa descritiva, exploratória de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados, em uma maternidade de risco habitual de Curitiba (Maternidade Victor Ferreira do Amaral). Esta maternidade tem uma média de 200 partos mensais sendo destes em média 70% partos vaginais e 30% cesarianas (Dados fornecidos pela Maternidade) e uma média de 1.000 atendimentos mensais.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3380-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.640.433

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

RESPOSTA DA PENDÊNCIA REFERENTE AO PARECER NÚMERO: 4.588.214

1-Observa-se que a pesquisadora Caroline Sampaio Franco, não consta no TCLE.

Favor esclarecer.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: incluída a pesquisadora no TCLE.

PARECER DO CEP: pendência atendida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

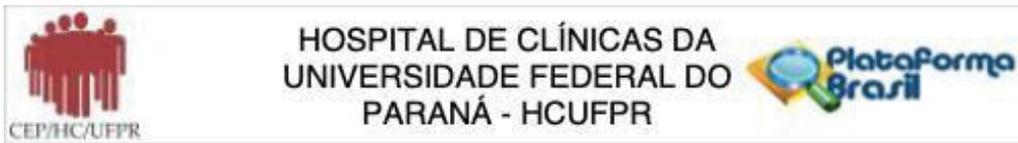
Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1684564_E2.pdf	12/03/2021 15:35:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_EMENDA2_correcaoependencia.docx	12/03/2021 15:33:43	Tatiane Herreira Triqueiro	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 4.640.433

Justificativa de Ausência	TCLE_EMENDA2_correcaoependencia.docx	12/03/2021 15:33:43	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	MODELO_CARTA_RESPOSTAS_S_PENDENCIAS_CEPHCUFPR.doc	12/03/2021 15:33:33	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	MODELO_CARTA_RESPOSTAS_S_PENDENCIAS_CEPHCUFPR.pdf	12/03/2021 15:33:01	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EMENDA2.docx	24/02/2021 09:59:02	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	1_CARTA_EMENDA2.doc	24/02/2021 09:50:02	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	TCLE_Emenda22_12.doc	23/12/2020 10:22:51	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	3_QUALIFICACAO_PESQUISADORES_COLABORADORES.docx	23/12/2020 10:19:08	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	2_DECLARACAOCOMPROMISSO_PESQUISA22_12.pdf	23/12/2020 10:17:27	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	1_CARTA_EMENDA22_12.pdf	23/12/2020 10:16:51	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	ConcordanciaCEPEN.pdf	23/12/2020 10:15:19	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Declaração de concordância	ConcordanciaUMI.pdf	23/12/2020 10:11:28	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATRIZ_TATIANE_EOemenda22_12.doc	23/12/2020 10:10:32	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	3_QUALIFICACAO_PESQUISADORES_COLABORADORESemenda.docx	29/09/2020 18:03:16	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	2_DECLARACOES_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISAemenda.doc	29/09/2020 18:02:51	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	1_CARTA_EMENDA.doc	29/09/2020 18:01:14	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EOemenda.doc	29/09/2020 18:00:57	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATRIZ_TATIANE_EOemenda.doc	29/09/2020 18:00:51	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	MODELO_DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CHC_UFPR.pdf	10/01/2020 12:43:51	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	cartatocoginecologia.pdf	10/01/2020 12:43:32	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	10/01/2020 12:43:17	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUI	10/01/2020	Tatiane Herreira	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

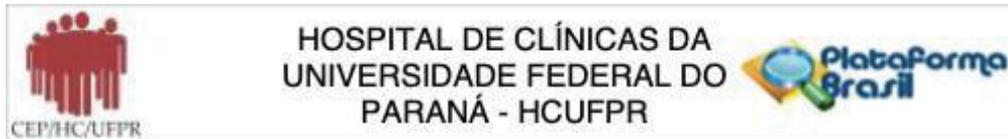
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.640.433

Outros	ADOR_AO_CEP.pdf	12:43:02	Trigueiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf	10/01/2020 12:42:40	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	checklistEO.pdf	10/01/2020 12:42:14	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_SERVICO_ENVOLVIDO.pdf	10/01/2020 12:36:46	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MATRIZ_TATIANE_EO.doc	10/01/2020 12:36:10	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_EO.doc	10/01/2020 12:36:04	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TERMOS_CONSENTIMENTO.pdf	10/01/2020 12:35:59	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostohcEO.pdf	10/01/2020 12:35:22	Tatiane Herreira Trigueiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 09 de Abril de 2021

Assinado por:  
Niazy Ramos Filho  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

## ANEXO 2 - TABELA DE CORREÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO

Tabela de correção da pressão arterial segundo a circunferência do braço.

Circunferência do braço (cm)	Correção PA sistólica (mmHg)	Correção PA diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

FONTE: MAXWELL *et al.*, 1982.

