

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM GESTANTES DIAGNOSTICADAS COMO ALTO RISCO DE ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA DO PRÉ-NATAL AO PARTO

NURSING ASSISTANCE IN THE HUMANIZATION OF CARE IN PREGNANT WOMEN DIAGNOSED AS HIGH RISK OF ECLAMPSIA AND PRE-ECLAMPSIA FROM PRENATAL TO BIRTH

Veyga Silva de Medeiros¹, Gabriela Meira de Moura Rodrigues²

¹ Aluna do Curso de Enfermagem

² Professora Doutora do Curso de Enfermagem

Resumo

Introdução: Sendo a gestação um processo natural da mulher, algumas complicações que surgem podem ser um empecilho para um processo saudável, portanto o Ministério da Saúde, traz propostas para ajudar essa mulher a passar por esse período através do acampamento seguro com enfermeiro e equipe multidisciplinar de forma humanizada desde o pré-natal de alto risco ao parto. **Objetivos:** Compreender como é feita a assistência do enfermeiro no âmbito de alto risco em relação a gestantes com eclâmpsia e pré-eclâmpsia, descrevendo os dados epidemiológicos, a diferença entre os graus de risco na gestação, conceituando a eclâmpsia e pré-eclâmpsia e descrevendo as competências do enfermeiro e detalhar sobre a assistência da enfermagem na humanização do atendimento e parto de alto risco. **Metodologia:** este estudo tem objetivo metódico de revisão bibliográfica básica, abordando de forma qualitativa, de pesquisa explicativa, que tem base em estudos descritivos e exploratórios, foram utilizados 42 bibliografias, entre elas artigos, livros e sites publicados no período de 1999 a 2022. **Conclusão:** o enfermeiro é importante nesse acompanhamento gestacional, trazendo inovações e técnicas de conforto para ajudar a mulher durante todo o período de sua gravidez.

Palavras-Chave: Gravidez de Alto Risco, Eclâmpsia, Assistência de Enfermagem.

Abstract

Introduction: Since pregnancy is a natural process for women, some complications that arise can be an obstacle to a healthy process, so the Ministry of Health brings proposals to help this woman go through this period through a safe camp with a nurse and a multidisciplinary team. in a humanized way from high-risk prenatal care to childbirth. **Objectives:** To understand how nursing care is provided in the context of high risk in relation to pregnant women with eclampsia and preeclampsia, describing the epidemiological data, the difference between the degrees of risk in pregnancy, conceptualizing eclampsia and preeclampsia and describing nurses' competencies and detailing nursing care in the humanization of care and high-risk delivery. **Methodology:** this study has a methodical objective of basic bibliographic review, approaching qualitatively, of explanatory research, which is based on descriptive and exploratory studies, 42 bibliographies were used, including articles, books and websites published in the period from 1999 to 2022. **Conclusion:** the nurse is important in this gestational follow-up, bringing innovations and comfort techniques to help the woman throughout her pregnancy.

Keywords: Pregnancy, High-Risk, Eclampsia, Nursing Care.

Contato: veyga.medeiros@sounidesc.com.br; gabriela.moura@unidesc.edu.br

Introdução

A gestação é um processo natural e fisiológico do corpo feminino, sendo assim, as complicações advindas desse período resultam em um estado de risco para mãe e criança. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) adotou medidas para o acompanhamento seguro dessas mulheres, trazendo mais confiança e compreensão entre profissional-paciente (BRASIL, 2012).

O maior índice dessas intercorrências são os agravos da hipertensão arterial, sendo essa a

principal causadora da pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP (OMS/OPAS, 2010).

Para melhor atuação e controle nesse quesito, foi aderida a classificação de risco, sendo ele, baixo, moderado e alto, levando em conta história pregressa, gestações passadas e doenças pré-existentes, facilitando o fluxo e gerando atendimento mais humanizado de acordo com a necessidade da mulher (COSTA, 2016).

Dessa forma o enfermeiro deve trabalhar na atuação humanizada desde o acolhimento na unidade de saúde ao hospital (BRASIL, 2012). Logo, se a gestante tiver alguma complicação, a

equipe multidisciplinar deve estar atenta para lhe prestar os cuidados necessários como a infusão do sulfato de magnésio conforme prescrição, podendo ser usado também em período de puerpério (FIOCRUZ, 2018).

Portanto, o parto dessa gestante de risco, pode ser humanizado da melhor forma e levando em conta as questões que minimizam a rotulação do seu agravo, tornando esse momento mais prazeroso e tolerável, através do alívio da dor, massagens, fitoterapias, banhos mornos, exercícios para respiração e exercícios em bola de pilates para melhorar e ajudar na dilatação (DAHER, 2016; MARQUES, DIAS, AZEVEDO, 2006).

Diante disso é importante ressaltar para os profissionais da área da saúde, principalmente a equipe de enfermagem que acompanha essa gestante do início ao fim, a importância da assistência humanizada no âmbito do alto risco relacionado ao fator pré-eclâmpsia e eclâmpsia, trazendo à tona o atendimento pré-natal, o trabalho de parto humanizado e a atenção durante o puerpério. Sendo assim, o presente estudo deseja responder o seguinte problema de pesquisa: quais as responsabilidades da equipe de enfermagem no processo de humanização de atendimento e parto de gestantes com alto risco de eclâmpsia e pré-eclâmpsia?

Metodologia

O presente estudo tem como objetivo metodológico a revisão bibliográfica básica, onde busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. (BOCCATO, 2006). Por tanto o mesmo se define por analisar apenas documentos literários voltados ao tema, onde o estudo faz com que o trabalho seja situado dentro da área desejada (SANTOS, 2006).

Ele aborda a questão qualitativa, que segundo Fortin (2012), consiste em recolher e analisar conhecimentos subjetivos de determinadas experiências vividas e descritas pelas pessoas. Além de ser inserido no padrão objetivo de pesquisa explicativa, que tem base em estudos descritivos e exploratórios anteriores que contribuíram para o conhecimento da realidade e explicando-o (GIL, 2008).

O método de pesquisa consiste em revisão literária que segundo Lakatos e Marconi (2003), consiste em reunir publicações avulsas de livros, pesquisa, monografias, teses e materiais científicos, com a finalidade de integrar o pesquisador do problema em questão. Dessa forma o presente estudo, utiliza da análise das literaturas para visar um atendimento mais humanizado às gestantes de alto risco, diminuindo o sofrimento, medo e ansiedade que é posto sobre o processo de parição, trazendo

à tona intervenções de enfermagem que podem ser úteis na caminhada do pré-natal até o puerpério se encaixando no método citado.

O estímulo deste estudo foi coletar informações das literaturas publicadas no período de 1999 a 2022, se limitando as síndromes hipertensiva no processo de gestação, tendo como foco a condição de eclâmpsia e pré-eclâmpsia e a atuação de enfermagem no alívio de complicações e a humanização do atendimento. As principais bases de dados foram Scielo, *Google Scholar* e Ministério da Saúde.

A busca não determinou idioma específico e os descritores utilizados foram: “eclâmpsia e pré-eclâmpsia”, “gestação de alto risco”, “classificação da gestante”, “parto humanização”, “humanização no atendimento em gestantes de alto risco”, associados aos operadores booleanos AND e “ ”. Associando os operadores booleanos AND e “ “, foram encontrados 138 documentos correspondendo ao assunto proposto de forma relevante, porém, foram excluídos 86 por não estar dentro do objetivo da pesquisa, tornando então, 42 documentos elegíveis para o estudo.

Eclâmpsia e pré-eclâmpsia

Segundo Guimarães (2002) e Brasil (2022), a gestação de alto risco é toda gravidez que pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para a criança. Mesmo quando saudáveis, durante a gestação podem ser induzidas a hipertensão arterial (HAS/HA) e quando já predispostas podem ter o agravamento. Com isso, a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia podem se tornar uma complicação para mulheres que possuem tendência a doenças hipertensivas (BRASIL, 2012).

A partir dos resultados dos exames é possível classificar a situação em hipertensão crônica, hipertensão gestacional, hipertensão com pré-eclâmpsia sobreposta, pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia (BRASIL, 2010).

Brasil (2022), diz que na hipertensão crônica, a mulher é diagnosticada com HA antes da gestação ou antes do primeiro trimestre, podendo também ser diagnosticada durante a gestação e não normalização no período de 12 semanas do pós-parto. Na gestacional, a PA sistólica é maior ou igual a 140 mmHg acompanhada da diastólica maior ou igual a 90 mmHg após o primeiro trimestre, próximo ao parto, no período do puerpério imediato sem proteinúria ou com sinais de gravidade que se normaliza no período do pós-parto, sendo definida como transitória.

Quando há histórico de HA antes da gestação, há a elevação aguda da PAS, onde é agregada a proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades hepáticas; se apresentadas antes da vigésima

semana, é considerada com hipertensão crônica com pré eclâmpsia sobreposta (BRASIL, 2022).

De acordo com Moura et. al. (2011), dentre as crises hipertensivas gestacionais pode-se dar atenção maior a pré-eclâmpsia e eclâmpsia por estarem associadas a péssimos prognósticos maternos e perinatais. A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aumento da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg no primeiro trimestre da gravidez, há a elevação de proteinúria, sendo considerado 300mg ou mais na urina dentro de 24h, além de sintomas como cefaléia, visão turva, enteralgia, alterações laboratoriais como elevação de enzimas hepáticas (desvio-padrão de dois a três sobre os valores normais), plaquetopenia (valor menos que 100.000/mm³), disfunção renal (acima de 1,1 mg/dl ou desvio-padrão de dois acima dos valores normais), edema pulmonar, perturbações visuais, escotomas ou convulsões, podendo evoluir para síndrome de HELLP (BRASIL, 2012; FEBRASGO, 2017).

A manifestação da eclâmpsia se dá através de uma ou mais convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em gestantes com HAS gestacional ou PE, tendo ausência de problemas neurológicos. Precedida por sintomas de eclâmpsia iminente, podem ocorrer agravos relacionados a cefaleia, perturbação da consciência, alteração de comportamento, ofuscamento da visão, perda da visão, compressão ocular, visão embaçada, náusea, vômitos, hipocondralgia direita, epigastralgia, falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, além da PAS maior ou igual a 160/110 mmHg (FEBRASGO, 2017; ZANOTTI, ZAMBOM, CRUZ, 2009).

Não se sabe a causa exata das convulsões, entretanto, Ramos, Sass e Costa (2017), dizem que o vasoespasmio acaba dificultando o fluxo uteroplacentário, podendo afetar a atividade cerebral com isquemia e ser agravado pelo edema difuso resultando assim nas convulsões ou acidentes vasculares. A pré-eclâmpsia pode ser considerada como leve/moderada ou grave antes de ascender para eclâmpsia ou Síndrome de HELLP.

O que diferencia o estado menos abrasivo é o ganho súbito de peso (superior a 500g, por semana), com aparecimento de edemas, hipertensão e proteinúria (1+), enquanto o estado mais abrasivo da PE se dá com presença de sinais aumentado, sendo os principais a PA de 160 por 110 mmHg proteinúria 29 (2+ ou 3+) e outras manifestações (Mariano et. al., 2011).

Na Síndrome de HELLP as complicações são mais graves e podem evoluir através dos casos de eclâmpsia, porém muitas vezes também advém da PE (BRITO, FORTES, 2017; BOBAK, 1999).

De acordo com o Oliveira et. al., (2012), essa síndrome é caracterizada pela hemólise (H = *hemolysis*), aumento das enzimas hepáticas (EL = *elevated liver functions tests*) e plaquetopenia (LP = *low platelets count*). Por ser considerada uma emergência obstétrica mais agravada, muitas vezes é recomendada a interrupção da gestação, sendo considerado o único caminho para salvar a vida da mulher mesmo que o feto venha a óbito por não estar pronto para sobreviver no meio extra-uterino (BRITO, FORTES, 2017; BOBAK, 1999).

Para Pascoal (2002, p. 257) a síndrome é apenas uma variável da PE, que se torna emergencial e pode levar a interrupção da gestação e ressalta:

Em pacientes apresentando apenas discreta elevação da pressão arterial, pequena diminuição do número de plaquetas, modesta elevação das enzimas hepáticas e nenhuma alteração da função renal, uma conduta conservadora pode ser considerada, sabendo-se, entretanto, que esta forma de pré-eclâmpsia pode evoluir rapidamente para uma condição ameaçadora, com intensa hemólise, alterações da coagulação e elevação descomunal (> 2000 UI) dos níveis de transaminases (PASCOAL 2002, p. 257).

Dados epidemiológicos

A prevalência da síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG), foi representada como primeira causa de óbito nas categorias de cor/raça. Sendo brancas 22,4%, pretas 35,3% e pardas 26,7%. Os óbitos por aborto são maiores entre mulheres pardas e pretas sendo respectivamente de 11% e 14,2% (ASSIS, VIANA, RASSI, 2008).

Segundo Brasil (2019), a maior predominância de mulheres com HAS gestacional é de 37,5% na região nordeste, seguido de 32,7% na região sudeste, 16,6% na região norte, 6,8% na região sul e 7,2% centro-oeste.

De acordo com o DATASUS (2019), estima-se que dentro das subcategorias de doenças gravídicas que causam morte materna, cerca de 30% chegam a óbito durante a gravidez, parto ou puerpério, apresentando 69% HAS gestacional pré-existente e HAS gestacional.

Ainda segundo o DATASUS (2019), 7,9% com HAS pré-existente sofrem de complicações graves no parto ou puerpério, podendo ser agravada por doenças renais e cardíacas, 1,2% com distúrbio hipertensivo pré-existente de proteinúria, 5,8% com HAS gestacional sem proteinúria significativa, 36% com HAS gestacional com proteinúria significativa, podendo ser classificadas com pré-eclâmpsia moderada e grave, 48,9% com eclâmpsia durante a gravidez, durante o trabalho de parto, no puerpério. Além da morte materna, os óbitos neonatais por complicações durante o período da gestação podem chegar a 5,3% antes do parto e 13,7% durante o parto (BRASIL, 2009; MARTINS, 2018).

Graus de risco gestacional

Tendo em vista que a gestação é um fenômeno natural e deve ser tratado como tal tanto pela mulher como pelos profissionais da saúde, e que pode, devido a alguns fatores, ser desfavorável, foi criado um sistema de acolhimento com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil e aumentar o acesso a cuidados de alta qualidade, através da identificação dos fatores de risco o mais cedo possível (BRITO, FORTES, 2017).

Segundo Costa et. al, (2016), o objetivo desse sistema é oferecer prioridade clínica e não um diagnóstico, facilitando assim o gerenciamento da demanda espontânea e, conseqüentemente, permitindo o impacto na história natural de doenças agudas, graves e potencialmente fatais e que, se não tratada, pode resultar em morte, como a síndrome hipertensiva que evolui para pré-eclâmpsia. Portanto é necessário que elas sejam acompanhadas durante o período perinatal, pois caso seja identificada alguma complicação associada a sofrimento materno-fetal, o acompanhamento do pré-natal deverá ser feito com avaliações mais frequentes, caso contrário, a gravitação será classificada com baixo risco, tendo sua confirmação somente no pós-parto e puerpério (BRASIL, 2012).

Nesse tipo de gesta os rótulos como alto risco, diferente das demais, podem dificultar a adaptação emocional, por isso deve haver a humanização desde o início do seu acompanhamento até o pós-parto para que sua estadia na UBSF/hospital seja a mais tranquila possível, além de colocar em prática o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - seguindo as portarias nº 569 a nº 572 (BRASIL, 2000).

Esse programa foi derivado da portaria nº 569 como forma de incentivar a busca por melhorias no atendimento específico à gestante, recém-nascidos e a mães no período pós-parto, respeitando seus direitos de cidadania. A prioridade dele é diminuir o número de morbimortalidade materna, peri e neonatal, adotando serviço de qualidade durante todo período gestacional levando em conta o fácil acesso as comunidades, além de trabalhar e ampliar propostas já adotadas pelo ministério da saúde voltados ao investimento para gestantes de alto risco, levando em conta o custo de procedimentos específicos, inserindo também ações como o Maternidade Segura, Projeto de Capacitação de Parteiros Tradicionais, treinamento e capacitação de profissionais obstetras ou voltados a área de atenção e o investimento em unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002).

A Rede Cegonha também derivada de iniciações que visam adotar medidas destinadas a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, traz

como princípios de acordo com o art. 2 da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o respeito e proteção aos direitos humanos; respeito à diversidade cultural e tudo que ela abrange; promoção a equidade; enfoque de gênero; garantir que direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes sejam respeitados; participação e mobilidade social; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Seguido do art.3 com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Na tabela 1 (anexo 1) pode ser visto o exemplo dos critérios que são utilizados para o encaminhamento ambulatorial de alto risco da Rede Cegonha. Ele é segregado em categorias, sendo alto risco, médio risco e baixo risco, classificado pelo enfermeiro durante a primeira consulta. Após a classificação, a gestante deve ser acompanhada tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico em ambos os riscos. O enfermeiro deve colocar os dados da gestante e questioná-la sobre sua história pregressa como hábitos, doenças, gestações anteriores, cardiopatias, escolaridade, aceitação da gesta e relacionamentos interpessoal com familiares (SILVA, CAVALCANTE, 2021).

Competências do enfermeiro no pré-natal e classificação de risco

Em 2011, a Política Nacional de Humanização (PNH) passou a ser incorporada pelo Programa Rede Cegonha, trazendo atendimento mais humanizado no processo de gesta, confiança entre profissional e gestante, proporcionando assim maior conforto (FERREIRA et al., 2015). Esse acolhimento é feito através do profissional de enfermagem, que realiza triagem e classifica por meio das queixas e sintomas de clínica orientada sem supor diagnóstico (SILVA, CAVALCANTE, 2021).

A etapa de classificação, quando feita de forma assertiva, permite que o atendimento ganhe fluidez, minimizando assim as falhas da assistência em relação a casos com mais gravidade, humanizando ainda mais o processo do cuidar (PINHEIRO, et al., 2020).

De acordo com o Brasil (2012), esse acolhimento é realizado através das consultas de pré-natal, sendo

iniciado com o teste rápido de gravidez, realizado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) para acelerar o processo de pré-natal. Porém, ainda é necessário através de pedido médico ou do enfermeiro o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que é mais sensível e tem confirmação mais precisa.

Ainda de acordo com Brasil (2012), quando confirmada a gravidez, em consulta de enfermagem, ocorre o início do acompanhamento. Nele, o enfermeiro faz o cadastro no SisPreNatal, e a gestante será monitorada e avaliada durante todo o processo de gestação e puerpério. Após o cadastramento, o enfermeiro faz o preenchimento do cartão da gestante, levanta observações sobre o calendário vacinal e suas orientações, solicita exames de rotina, além de fornecer informações sobre práticas em atividades educativas e prescrever suplementação de sulfato de ferro e ácido fólico.

Todas as condutas e achados devem ser anotados na ficha de pré-natal e no cartão da gestante, tendo em vista que as consultas precisam ser mensais. Na caderneta é obrigatório constar o nome de hospital de referência para parto e as intercorrências da gestação, caso tenha alguma. Se a gesta for classificada com risco, deve haver alteração no hospital ou maternidade de referência (BRASIL, 2012).

Segundo Costa et al. (2016), devem ser no mínimo 7 consultas e 17 exames, incluindo exames laboratoriais, teste da mamãe e teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis (IST's), podendo assim nortear médico e enfermeiro em relação a classificação de risco gestacional, não apenas pelo questionamento de história pregressa, apresentada na tabela 1.

Durante as consultas, a avaliação deve ser permanente principalmente a aferição da PA, acontecendo em todo encontro, pois havendo alguma alteração relacionado a fatores de complicações, a gravidez passa a ser definida como alto risco, exigindo assim, condutas e procedimentos com mais intensidade (BRASIL, 2012).

Por tanto é necessário que aqueles que fazem o acompanhamento da gestante estejam atentos ao que ela apresenta e os fatores que envolvem riscos consideráveis para que eventuais complicações sejam prevenidas e cientes da doença possa também estar alerta a qualquer alteração significativa como a diminuição da urina a fim de que a piora do caso clínico possa ser atenuada (BRITO, FORTES, 2017).

Assistência durante crises de pré-eclâmpsia e eclâmpsia

Algumas doenças gestacionais podem levar a morte, uma delas é a pré-eclâmpsia que agravada, apesar de seu fundamento, pode ser evidenciada pelo processo multi-sistêmico da doença, através do funcionamento e fluxo sanguíneo renal, na filtração glomerular e resultados de oligúria (BRITO, FORTES, 2017; BOBAK, 1999).

Zanotti, Zambom e Cruz (2009), dizem que na pré-eclâmpsia leve ou moderada o mais importante a ser checada é a PA, não esquecendo a avaliação do bem-estar fetal como a movimentação, batimentos cardíacos fetais e a cardiocografia (CTG). Caso alterados os dados da gestante, a mesma deve ser hospitalizada para avaliação diagnóstica inicial e mantida com dieta normossódica e repouso relativo na maternidade de referência.

O enfermeiro deve também avaliar as condições maternas, incluindo a PA durante 4/4h, no dia, visita diária no leito, questionar sobre sintomas e observar sinais que possam indicar iminência de eclâmpsia, cefaleia frontal ou occipital persistente, distúrbios visuais, dor no abdômen, acompanhando ou não por náuseas e vômitos, hiper-reflexia, níveis de proteinúria de 24h, hematócrito e plaquetas, exames para avaliar função renal e hepática (BRASIL, 2010).

Segundo Brasil (2010), não existe necessidade de tratamento medicamentoso, porém, os cuidados direcionados ao feto devem ser de forma metódica, com a contagem dos movimentos fetais diariamente (devendo ser entre 4-6), avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico e verificação da altura uterina. Caso os resultados permaneçam sem alterações, o teste deve ser repetido a cada três semanas, se ocorrer mudanças abruptas nas condições materno-fetais a conduta deve ser modificada. Após serem diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave, os profissionais de enfermagem devem em conjunto com a equipe multidisciplinar, internar a paciente e realizar exames de rotina, avaliando sempre as condições da mãe e feto. A gestante que evoluir para eclâmpsia deve receber atenção redobrada tendo em vista que o risco de vida é maior.

Sendo assim Brasil (2012), afirma que para maior conforto da mesma, a internação pode facilitar no tratamento de possíveis intercorrências, além de oferecer terapias anticonvulsivantes. A mesma é indicada para mulheres que têm convulsões recorrentes devido a eclâmpsia, como também para as que tiveram episódios e foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia (BOBAK, 1999).

Essa paciente deve receber tratamentos paliativos até a programação do parto, observando sempre a questão de idade gestacional, condição materno-fetal, riscos e benefícios gerados para os mesmos de acordo com o tipo de parto que foi escolhido ou recomendado para aquela cliente. Por tanto o

recurso terapêutico é frequente, tendo como objetivo diminuir o risco de convulsões, para que não evolua a uma eclâmpsia ou síndrome de HELLP, manutenção do balanço hídrico e a estabilidade da tensão diastólica entre 90 e 100 mmHg (MARIANO et al., 2011).

Além da terapia anticonvulsivante proposta por Bobak (1999), a Fundação Oswaldo Cruz juntamente com o MS, apresentaram estudos onde o sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal enfermidade, devendo ser utilizada nas primeiras 24h em situações onde gestantes com eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave que são admitidas no hospital (BOBAK, 1999; FIOCRUZ, 2018).

Em meio a esses agravos, o profissional deve prestar atenção às normas de vigilância e aplicação, nessas circunstâncias se a paciente tiver uma convulsão a dose é aumentada em 2g e amplia-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio (BRASIL, 2018). Nesse caso o sulfato de magnésio pode ser utilizado não só durante o período da gesta, mas também durante o trabalho de parto, parto e puerpério, podendo ser mantido 24h após o início do parto (FIOCRUZ, 2018).

Entretanto o profissional de enfermagem deve se atentar aos cuidados com o uso de sulfato de magnésio, em relação a quantidade da dose de manutenção, que deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares forem anulados e a diurese esteja inferior a 100ml de acordo com checagem de 4h precedentes. Caso ocorra intercorrências, Brasil (2018), sugere o uso de gluconato de cálcio a 10%, sendo indispensável a aplicação imediata em meio a uma parada respiratória, mesmo que raramente aconteça.

O serviço de urgência e emergência é considerado a porta de entrada para o hospital, onde os usuários têm seu primeiro contato com a equipe. Assim sendo, o atendimento prestado nesses casos é constituído por uma equipe multidisciplinar, que é qualificada física e mentalmente para qualquer necessidade que necessite do paciente (MELO, SILVA, 2011).

Assistência humanizada do enfermeiro durante o parto de risco

O auxílio às parturientes no âmbito hospitalar é muito discutido atualmente, na perspectiva onde o processo de parição e natalidade devem promover a saúde da mulher. Com isso, é necessário que a cliente e todos ao seu redor, seja familiares e/ou acompanhantes tenham conhecimento sobre seus direitos reprodutivos durante o nascimento e trabalho de parto, pois acredita-se que a chave para a humanização é iniciada no pré-natal, onde são oferecidas as orientações adequadas durante todo o período gestacional e puerpério, além de

conscientizá-la sobre a melhor escolha de parto e o que é recomendado para a mesma (REIS, PATRÍCIO, 2005; SANTO, 2012).

Deste modo, a ação do enfermeiro com a paciente deve vir na intenção de priorizar o conforto e tranquilidade no cenário, onde é possível facilitar o parto saudável, fisiológico, prevenindo assim os possíveis agravos. Além disso, os profissionais também devem favorecer com auxílio psicológico em relação a medos, ansiedades e tensões vendo a mãe com necessidades universais, respeitando-a e trazendo o propósito firme onde o nascer deve ser vivenciado de forma positiva, sem traumas, manobras invasivas ou palavras agressivas, atingindo assim um grau de satisfação e confiança (MACHADO, PRAÇA, 2006).

Em relação a partos e gestação de alto risco, o MS afirma que se gestação se mantiver controlada em casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o nascimento ocorre com 37 semanas, tendo em vista a proposta de parto induzido. A mulher deve permanecer em observação de PA checando sempre sinais voltados à iminência de eclâmpsia que possam evoluir para síndrome de HELLP (BRASIL, 2022).

Para Brasil (2022), o parto deve ser recomendado através da via mais segura para a mãe e feto, seja ela vaginal ou cesárea, sendo preferível em casos de alto risco a via cesárea. Porém, a indução do parto pode ser feita se a vitalidade fetal for preservada e o estado materno permitir. A mãe pode optar por adiar o nascimento caso não se sinta segura, e pode utilizar do Pré Eclâmpsia *Integrated Estimate of Risk* (PIERS), um recurso onde é possível reconhecer riscos, monitorando resultados e ajudando com a tomada de decisões, como exemplo disso, casos como: Indicar a resolução da gestação de maneira intempestiva, durante ou logo após uma convulsão, por cesariana e com anestesia geral.

Nesse momento, a paciente e o feto quase sempre estão em mau estado geral, ainda hipoxêmicos e acidóticos, e uma intervenção cirúrgica do porte de uma cesariana pode causar prejuízos consideráveis. A recuperação fetal intrauterina é bem mais eficaz do que o nascimento durante um período de crise convulsiva, quando mãe e feto estão em acidose. Portanto esse tipo de situação pode ser evitada de forma mais humanizada através do PIERS e da atuação de enfermagem onde ocorre o auxílio da gestante, recomendando que se aguarde até que ocorra a recuperação da convulsão, a crise hipertensiva seja amenizada e controlada e sejam avaliados os riscos de complicações (BRASIL, 2022).

Nestas situações, as atitudes que o profissional da saúde deve ter em relação a mulher, de acordo com o projeto de lei n.º 878 de 2019 é o respeito da vontade dela em ter acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, ser chamada pelo

nome, receber acompanhamento psicológico, visando bem estar físico e mental, deambular durante o período de dilatação, além de permitir que ela adote a posição desejada (caso não prejudique a ela ou o feto) no momento da expulsão, responder e explicar o que a mesma perguntar, oferecer métodos de alívio a dor, como massagens banho morno e outras técnicas de relaxamento, permitir que mãe e criança tenha contato pele a pele e início do aleitamento imediato (BRASIL, 2019).

Visando esses cuidados superficiais durante o trabalho de parto (TP) alguns profissionais, se aprofundaram tentando trazer uma humanização ainda maior, com isso, a dor que é natural do TP pode ser amenizada (CARVALHO, 2007; SANTOS, 2012). No período da dilatação, com confirmação do TP, a administração da paciente é preparada no centro obstétrico. Nele, cabe ao enfermeiro ajustar a assistência que será prestada à mulher e ao feto durante a evolução do TP, levando em conta as queixas e outras manifestações que possam indicar complicações ou piora do estado da mesma, além de ensinar a ela condutas que poderão ajudá-las durante o processo (DIAS, 2006; SANTOS, 2012).

Marques, Dias e Azevedo (2006), vão dizer que o enfermeiro deve ser atuante na sala de parto e assistir a mulher durante o mesmo ou acompanhar a evolução, sendo no primeiro caso um especialista obstétrico capaz de assumir as condutas indicadas para executar o parto sem dificuldade. Entretanto, o maior desafio do profissional de enfermagem é o de minimizar o sofrimento, tentando tornar a experiência de parto mais positiva (SANTOS, 2012).

Os procedimentos adotados pela enfermeira durante o TP em relação a dor deve ser através do estímulo da participação ativa da mulher e seu acompanhante, priorizar a presença de um profissional, trazendo segurança à gestante, estimular ao uso de recursos alternativos como bolas de fisioterapia, banho de chuveiro ou banheira, encorajá-la a posição de cócoras ou vertical, permitir que ela deambule, ensinar exercícios de respiração, massagem e relaxamento em região sacrolombar que serão ser úteis quando a dor estiver intensa, apoio emocional, ensinar exercícios que fortaleçam a região abdominal e relaxamento do períneo, sempre falar a verdade em relação a dor do TP, assegurar que a mesma será compreendidas pelos profissionais de enfermagem, durante o parto, conversar sobre seu papel durante o parto, caso a gestante se sinta mais confortável pode ser apresentado musicoterapia, cromoterapia, fitoterapia, mesmo que não tenha comprovação

científica (DAHER, 2016).

Portanto, o papel do enfermeiro é promover a participação ativa da mulher em seu TP, eliminando quaisquer sensações de medo, dor, angústia e pânico que é comumente agregada à situação de parto através da comunicação e confiança na equipe (CARON, SILVA, 2002; ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015).

O enfermeiro também deve visar as práticas administrativas levando em conta a supervisão de pessoal, recursos necessários para que o andamento e assistência prestada sejam efetivas, trazendo de forma ativa a priorização da saúde e práticas humanizadas (ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015).

Conclusão

Este artigo apresentou formas de humanizar a assistência do enfermeiro no âmbito de risco gestacional, trazendo à tona formas e métodos onde a gestante de alto risco possa ter um parto menos invasivo possível em suas condições. Além disso, traz também a proposta de novas formas a tratar dessa gestante, com terapias alternativas e acompanhamento do enfermeiro obstetra desde o início da gestação até o parto.

Através do mesmo foi possível identificar a porcentagem da população que é mais suscetível a este tipo de agravo, a forma correta de classificar cada gestante, sendo ela de alto ou baixo risco, as maneiras de identificar possíveis casos de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e até mesmo a síndrome de *HELLP*, tendo em vista a melhor forma do enfermeiro assistir essas mulheres, orientando-as e estando ao seu lado durante todo o processo gestacional e período puerpério.

Desta forma a competência do enfermeiro neste âmbito é ajudar a gestante durante o processo através de orientações, exercícios, técnicas de relaxamento, conversas e apoio para que o medo do parto de risco seja sanado, orientar acompanhante sobre esse processo, incentivar a gestante a fazer exercícios, caso consiga, durante o período de internação do pré-parto, explicar como será feito os procedimentos durante uma crise de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia passando sempre segurança e apoio, para que a mesma tenha a melhor experiência possível do seu parto.

Referências:

ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 4, n. 1, 2015.

ASSIS, Thaís Rocha, VIANA, Fabiana Pavan, RASSI, Salvador. Estudos dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, n.1, p. 11-17, jul, 2008.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006. Disponível em < A pesquisa bibliográfica Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83/2021 <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>> Acesso em: 03 de abr.2022.

BOBAK, Irene; LAWDERMILK, Dietra; JESEN, Margaret. Enfermagem na Maternidade. 4ª Edição Lusociência, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, jun, 2000. Disponível em: Acesso em: 15, mar, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 07, mar, 2022. 18

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília, 2019. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 07, mar, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Brasília, jun, 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 07, mar, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília, 2022. Disponível em: Acesso em: 18, abr, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília, 2010. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 18, abr, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto, humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Projeto de lei. Humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico- puerperal. Brasília, 2019. Disponível em: . Acesso em: 18, abr, 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Prevenção da eclâmpsia: o uso do sulfato de magnésio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Jun, 2018. Disponível em: . Acesso em: 05, abr, 2022.

BRASIL. Ministério Da Saúde: Rede Cegonha, Brasília, jun, 2011. Disponível em :< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=%EF%BB%BFPORTARIA%20N%C2%BA%201.459%2C%20DE,%2D%20SUS%20%2D%20a%20Rede%20Cegonha.>. Acesso em: 21, mar, 2022.

BRASIL; Ministério da saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2009. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf >. Acesso em: 18, abr, 2022.

BRITO, Hirondina; FORTES, Samira. Atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso.

CARVALHO, Geraldo Mota de. Enfermagem em obstetrícia. Biblioteca Virtual em Saúde, 3 ed., p. 256, São Paulo, 2007.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. "Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da

comunicação". Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 10, p. 485–92, jul. 2002.

COSTA, Lediane Dalla et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, 2016.

DAHER, Luiza Bonach. Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa. 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006.

FEBRASGO, Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia et al. Pré-eclâmpsia: nos seus diversos aspectos. 8 ed., p. 56, São Paulo, Brasil, 2017.

FERREIRA, Claudia Cristina Mantovani et al. O perfil da equipe de enfermagem no atendimento em urgências e emergências obstétricas. Revista Fafibe On-Line, v. 8, n. 1, p. 332-345, 2015.

FORTIN, Martin et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. The Annals of Family Medicine, v. 10, n. 2, p. 142-151, 2012.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GUIMARÃES, Diocleciano Torrieri. Dicionário de termos Médicos e de Enfermagem. 1ª Edição, São Paulo: Rideel, 2002.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, p. 274-279, 2006.

MARCONI, Maria de Andrade, LAKATOS Eva Maria. Fundamentos de metodologia. 5 ed. Editora Atlas SA, 2003.

MARIANO, Daniela et al. Hipertensão, edema, proteinúria: a tríade de alerta. Percursos, 2011.

MARQUES, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Escola Anna Nery, v. 10, p. 439-447, 2006.

MARTINS, Eunice Francisca et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00133115, 2017. 20

MELO, Maria do Carmo Barros de, SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: NESCON, 2011.

MOURA, Marta David Rocha de et al. Hipertensão Arterial na Gestação-importância do seguimento materno no desfecho neonatal. Comun. Ciênc. Saúde, p. 113-120, 2011.

De Oliveira, R.S. et al. Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. Enferm. glob., Oct 2012, vol.11, no.28, p.337-345.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde Materna. 2010. Disponível em: . Acesso em: 18, abr, 2022.

PASCOAL, Istênio F. Hipertensão e gravidez. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 9, n. 3, p. 256-261, 2002.

PINHEIRO, Sílvia Letícia Ferreira et al. Acolhimento com classificação de risco e emergência obstétrica: potencialidades e consequências. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, n. 9, pág. e619997647-e619997647, 2020.

RAMOS, José Geraldo Lopes; SASS, Nelson; COSTA, Sérgio Hofmeister Martins. Pré-eclâmpsia. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 39, p. 496-512, 2017.

REIS, Adriana Elias dos; PATRÍCIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 221-230, 2005.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev Enferm UNISA*, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SILVA, Dilziane Pereira; CAVALCANTE, Carlos Alberto Azevedo; CAVALCANTE, Francisca Farias. Acolhimento e classificação de risco nas emergências obstétricas: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e592101523923-e592101523923, 2021.

ZANOTTI, Daniela Cristina; ZAMBOM, Aline; CRUZ, Helen Cristina Ferrato. Orientação de enfermagem na educação em saúde a gestantes com doença hipertensiva específica da gestação-DHEG. Lins, SP, 2009.

ANEXOS

Tabela 01- Classificação de risco gestacional

Nome da Gestante:		Data:	
Pontuação:		Classificação:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
RISCO.....10 ou mais Pontos		ALTO (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)	
RISCO..... 5 a 9 Pontos		MÉDIO (Acompanhamento na Atenção básica)	
RISCO..... Até 4 Pontos		BAIXO (Acompanhamento na Atenção básica)	
1 – IDADE: (-) de 15 anos.....1 (+) de 35 anos.....1 2 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: Não.....1 3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ: Não aceita.....1 4 – HÁBITOS: Tabagista: Sim.....2 5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Baixo Peso (IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....1 Sobrepeso (25-29,9kg/m2)1 Obesidade (IMC>30kg/m2).....5 6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS: 2 Abortamentos espontâneos consecutivos...5 Incompetência Istmo Cervical10 Natimorto.....5 Prematuridade na gestação anterior.....5 Óbito Fetal.....5 Eclampsia.....10 Anomalias do trato genito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto.....5 Placenta Prévia na gestação anterior5 Descol. Prem. de Placen.....5 Restrição de Cresc. Intrauterino na gestação anterior.....5 Último Parto Cesário (-) de 12 meses.....2 + 1 Filho Prematuro.....5 Pré eclampsia.....5 AIDS/HIV c/ diagnóstico prévio.....5 Tuberculose c/ tratamento prévio a gestação.....5 Alterações da tireoide.....5 Epilepsia e doenças neurológicas.....5 Doenças psiquiátricas.....5 Psicose puerperal.....5		7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS Placenta previa5 Placenta previa com sangramento10 Câncer materno c/ diagnóstico durante a gestação.....5 Neoplasias ginecológicas na gestação atual.....10 Doença Hemolítica.....10 Isoimunização.....10 Malformações Congênitas que interferem na via de parto e/ou c/ necessidade de atendimento especializado ao RN.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polihidramnio/Oligoidramnio.....10 Doença Hipertensiva da Gestação.....10 Diabetes Gestacional.....10 Gemelaridade.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10 8- MÉDICAS E CIRURGICAS. Cardiopatias.....10 Pneumopatias graves (DPOC, Asma).....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Autoimunes (Colagenose)10 Psicose puerperal na gestação atual.....10 Uso de médicos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes: Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina)10 Doença Renal Grave.....10 Hemopatias e Anemia grave Hb<8)5 Hipertensão Arterial descompensada/malconduzida.....10 Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +) ...10 Infecções Graves e Hepatite B e C10 AIDS/HIV c/ diagnóstico na gestação.....10 Sífilis.....5 Tuberculose na gestação.....10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo.....10 Trombofilia.....10 Endocrinopatias.....10 Alterações da Tireóide descomp. ou c/ diagnóstico na gestação.....10	

Fonte: Rangel, Sauer e Borba, 2017 baseado no caderno de atenção básica nº 32, o manual técnico de gestação de alto (2012).