



**DEPARTAMENTO DE ENSINO, INVESTIGAÇÃO E PRODUÇÃO DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL**

EULÁRIA IVONE JORDÃO DIAS

**PROPOR UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O
CUIDADO DA MULHER COM PRE-ECLÂMPSIA ATENDIDAS NO
HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA, DE JANEIRO À JULHO DE 2023.**

EULÁRIA IVONE JORDÃO DIAS

**PROPOR UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O
CUIDADO DA MULHER COM PRE-ECLÂMPسيا ATENDIDAS NO
HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA, DE JANEIRO À JULHO DE 2023.**

Trabalho de Conclusão de fim de Curso apresentado ao Instituto Superior Politécnico da Caála, como requisito básico para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem Geral.

O Orientador: Prof. José Lucas Tongo

CAÁLA – 2023

Dedico esse trabalho a minha família que muito me apoiou para que essa formação fosse realidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, a razão da minha existência, por me ter ajudado, amado e permitido a realização deste trabalho;

Agradeço aos meus pais que não somente me geraram mas também cuidaram, amaram e me apoiaram em todos os desafios; Ao meu marido, que me proporcionou conforto físico, emocional e espiritual no período de formação e não só;

Aos meus filhos, irmãos, familiares e amigos que sempre apoiaram-me no momento da minha formação; Ao meu digníssimo orientador, pelos ensinamentos que com boa disposição soube orientar-me incansavelmente na realização do trabalho;

Aos professores do Instituto Superior Politécnico da Caála, por não me terem ensinado somente Ciência, mas também carácter; Aos colegas que juntos lutamos, na concretização do sonho; Ao Instituto Superior Politécnico da Caála pela abertura e oportunidade que nos deram, pelo rigor, excelência e qualidade de ensino;

Por fim a todos que de maneira direta ou indireta contribuíram para essa formação.

A vida é um emaranhado de pressupostos e hipóteses, a única certeza que temos é de que nascemos com um propósito, fazer do mundo um lugar melhor.

(Fred Saúde)

RESUMO

Temas em volta da Pré-eclâmpsia têm sido muito discutidos pelos peritos na área da saúde em todo mundo, apesar de não serem muito abordados pelos estudiosos nacionais. Tem se notado um aumento de casos de Pré-eclâmpsia, sendo um mal que afeta as mulheres, suas famílias e a sociedade em geral, apesar disso a Pré-eclâmpsia não é somente um problema moderno, mas um problema que tem afetado às mulheres desde a antiguidade. O presente trabalho tem como objetivo propor um guia de orientação de enfermagem para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála, de janeiro à julho de 2023. Justifica-se pelos casos crescentes nos Hospitais, que afeta as mulheres deixando as suas famílias e a sociedade vulnerável. Por isso, espera-se contribuir positivamente na solução deste problema. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado com 50 indivíduos. Encontram-se neste grupo 20 mulheres, e 10 profissionais que perfazem a nossa amostra. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário como instrumento de coleta. Vários são os sintomas da pré-eclâmpsia, tais como: Pressão arterial entre 140/90 MMHG e 160/110 MMHG, Presença de proteínas na urina, Inchaço e rápido ganho de peso.

Palavras-chaves: Enfermagem, Guia, Pré-eclâmpsia

ABSTRACT

Themes around Preeclampsia have been much discussed by health experts around the world, although they are not much addressed by national scholars. There has been an increase in cases of Preeclampsia, being an evil that affects women, their families and society in general, despite this Preeclampsia is not only a modern problem, but a problem that has affected women since ancient times. The present work aims to propose a nursing guidance guide for the care of women with preeclampsia attended at the Municipal Hospital of Caála, from January to July 2023. It is justified by the growing cases in Hospitals, which affects women leaving their families and society vulnerable. Therefore, it is expected to contribute positively to the solution of this problem. This is a descriptive study, with a qualitative and quantitative approach, carried out with 50 individuals. There are 20 women in this group, and 10 professionals who make up our sample. For data collection, a questionnaire was used as a collection instrument. There are several symptoms of preeclampsia, such as: Blood pressure between 140/90 MMHG and 160/110 MMHG, Presence of proteins in the urine, Swelling and rapid weight gain.

Keywords: Nursing, Guide, Preeclampsia

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
TABELA 2 A PRÉ-ECLÂMPسيا É CONSTITUÍDA UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA?.....	31
TABELA 3 QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS CAUSAS DA PRÉ-ECLÂMPسيا?	31
TABELA 4 QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA PRÉ-ECLÂMPسيا?.....	32
TABELA 5 QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO DA PRÉ-ECLÂMPسيا?	32
TABELA 6 TEM CONHECIMENTO SOBRE A PRÉ-ECLÂMPسيا?.....	33
TABELA 7 CONHECE ALGUÉM QUE JÁ TEVE UM CASO DE PRÉ-ECLÂMPسيا?.....	33
TABELA 8 TENS CONHECIMENTO SOBRE AS IDADES DE RISCO QUE PODEM SER FATORES DESENCADEANTES DE PRÉ-ECLÂMPسيا?	34
TABELA 9 CONHECES AS CAUSAS DA PRÉ-ECLÂMPسيا?.....	34
TABELA 10 TENS CONHECIMENTO SOBRE OS CUIDADOS A TER PARA EVITAR A PRÉ-ECLÂMPسيا?	34
TABELA 11 TENS CONHECIMENTO SOBRE SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ ECLÂMPسيا?	35
TABELA 12 CONHECES ALGUM TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPسيا?.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍGLAS E SÍMBOLOS

OMS – Organização Mundial da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISSHP – International Society for Study of Hypertension in Pregnancy

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1.	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA.....	13
1.2.	JUSTIFICATIVA.....	13
1.3.	OBJECTIVOS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.3.1.	Objectivo geral:.....	13
1.3.2.	Objectivos Específicos	14
1.4.	CAMPO DE ACÇÃO	14
1.5.	CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO	14
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1.	CONCITOS:.....	15
2.2.	CAUSAS	15
2.3.	SINAIS E/OU SINTOMAS DA PRÉ-ECLÂMPsia:.....	16
2.4.	FACTORES DE RISCO DA PRÉ-ECLÂMPsia	18
2.5.	DIAGNÓSTICO	19
2.5.1.	Hipertensão arterial crônica:	19
2.5.2.	Pré-eclâmpsia:	19
2.5.3.	Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica:.....	20
2.5.4.	Hipertensão gestacional:	20
2.5.5.	Hipertensão arterial:	20
2.5.6.	Proteinúria significativa:	21
2.6.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CRISES CONVULSIVAS.....	21
2.6.1.	Conduta na pré-eclâmpsia.....	22
2.6.2.	Tratamento não farmacológico	23
2.7.	ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL:	23
2.7.1.	Acompanhamento hospitalar ou ambulatorial:	24
2.8.	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	24
2.8.1.	Anti-hipertensivos	24
2.9.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO	26
2.10.	PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPsia	26
3.	PROCEDIMETOS METODOLÓGICOS	28

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	28
3.2. TIPO DE ESTUDO	28
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA:.....	28
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
3.5. MÉTODOS	29
3.5.1. Nível teórico.....	29
3.5.2. Método empírico	30
3.6. PRINCÍPIOS ÉTICOS:	30
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1. PACIENTES INTERNADAS NA SECÇÃO DA MATERNIDADE NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA.....	33
5. CONCLUSÃO.....	38
RECOMENDAÇÕES.....	39
REFERÊNCIAS	40
ANÉXOS	41

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas intercorrentes na gestação, em especial a pré-eclâmpsia (PE), acarretam risco real e impacto significativo nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil. Além de constituir fator causal relativo às mortes maternas e perinatais, implica em limitações definitivas na saúde materna e graves problemas decorrentes da prematuridade iatrogênica associada. (Ramos, Sass, Costa, 2017, p12)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os distúrbios hipertensivos da gestação constituem importante causa de morbidade grave, incapacidade de longo prazo e mortalidade tanto materna quanto perinatal. Em todo o mundo, 10% a 15% das mortes maternas diretas estão associadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Porém, 99% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. 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 do 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. (Medeiros et al, 2019, p9)

Desta forma, este texto tem o objetivo de sensibilizar os provedores de saúde sobre a dimensão do problema, reconhecer as especificidades locais e adotar intervenções baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis de forma a resultar em estratégias de prevenção, detecção precoce da afecção e redução de danos maternos e perinatais. (Ramos, Sass, Costa, 2017, p12)

1.1. Identificação do problema da pesquisa

A questão abaixo constitui a problemática desta investigação:

Porquê da falta do guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála, de janeiro à julho de 2023?

A par desta questão, foi possível manifestar outras questões que servem de auxílio para a atividade de desenvolver a pesquisa:

- a) Quais os mecanismos que se devem adoptar para assegurar a eficiência do uso adequado do guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála, de janeiro à julho de 2023?
- b) Que medidas a se ter em conta para com as mulheres com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála de janeiro à julho de 2023?

1.2. Justificativa

Interessou-se por este tema por ser tão relevante no tempo atual, tendo em conta a incidência de casos de pré-eclâmpsia que se regista por parte das mulheres e as consequências que a mesma tem causado tanto na saúde mental e física isto não só se regista na nossa província assim como também em todo país e no mundo. Trouxemos este tema, para consciencializar a população sobre a pré-eclâmpsia, que tem se registado no tempo atual e os problemas e grandes prejuízos na saúde, na área familiar e na área social. Motivou-se em contribuir para uma assistência mais sistematizada as mulheres com pré-eclâmpsia, proporcionando boa qualidade de vida e afim de diminuir os índices de incapacidades graves ou mesmo de morte.

Posto em prática a realização de um Guia de enfermagem para as mulheres com pré-eclâmpsia, será de grande relevância para o país, para província do Huambo, e para o município da Caála. Pois, o Guia de enfermagem está direcionado as mulheres com pré-eclâmpsia, melhorando o atendimento dessas pacientes.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral:

Propor um guia de orientação de enfermagem para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála, de janeiro à julho de 2023.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar as prioridades para o atendimento da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála de Janeiro à Julho de 2023;
- b) Descrever a visão dos profissionais de saúde sobre a proposta de um guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála Janeiro à Julho de 2023;
- c) Propor ações, estratégias que visem o funcionamento eficaz e eficiente uso do guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no Hospital Municipal da Caála de Janeiro à Julho de 2023.

1.4. Campo de ação

A pesquisa foi realizada no Município Caála.

1.5. Contribuição do trabalho

Com base nos conhecimentos já existentes, sobre outras e muitas orientações, pretende-se com esta pesquisa criar um conhecimento mais sistematizado a partir de ideias de diferentes autores, profissionais e técnicos da saúde.

Pretende-se de igual modo com este trabalho, contribuir satisfatoriamente no enriquecimento dos enfermeiros e não só, que possivelmente torne tal processo num contexto mais preciso, eficaz e eficiente no tratamento das mulheres com problema de pré-eclâmpsia.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.6. Conceitos:

Proteinúria, deve ser considerada a perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas. (Ramos, Sass, Costa, 2017, p14)

Define-se pré-eclâmpsia como o desenvolvimento de hipertensão, com proteinúria e/ou edema de mãos ou face (Kahhale S, et al, 2018, p227)

A pré-eclâmpsia é uma doença multifatorial e multissistêmica, específica da gestação, classicamente diagnosticada pela presença de hipertensão arterial associada à proteinúria, que se manifesta em gestante previamente normotensa, após a 20ª semana de gestação. (Medeiros at al, 2019, p8)

1.7. CAUSAS

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 preocupação constante a identificação de fatores de risco que permitam a atuação no sentido de impedir a manifestação de formas graves da doença (prevenção secundária). (Medeiros at al, 2019, p9)

As tentativas de explicar a etiologia da pré-eclâmpsia resultaram em uma miríade de hipóteses, embora seja realmente improvável que exista uma única explicação para a doença. Atualmente, a patogênese mais importante envolve placentação deficiente, predisposição genética, quebra de tolerância imunológica, resposta inflamatória sistêmica, desequilíbrio angiogênico e deficiência do estado nutricional. Com o objetivo de melhorar a compreensão da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, as teorias mais importantes foram integradas em dois estágios (pré-clínico e clínico), descritos por Redman e Sargent.

No primeiro, alterações no desenvolvimento placentário e insuficientes modificações na circulação uterina respondem por hipóxia do tecido placentário e principalmente pelo fenômeno de hipóxia e reoxigenação, determinando o desenvolvimento de estresse oxidativo e produção excessiva de fatores inflamatórios e anti-angiogênicos. No segundo estágio, a disfunção placentária e os fatores liberados por ela lesam o endotélio sistemicamente, e a paciente manifesta clinicamente hipertensão arterial e comprometimento de órgãos-alvo, sendo as alterações glomerulares (glomeruloendoteliase) as mais características e responsáveis pelo aparecimento da proteinúria. (Redman, Sargent ap Medeiros at al, 2019, p9)

Roberts e Hubel propuseram uma teoria mais complexa, na qual associam esses estágios a fatores constitucionais maternos, acreditando que a disfunção placentária por si só não é suficiente para causar a doença. (Roberts, Hubel ap Medeiros et al, 2019, p9)

Além disso, como a maioria das alterações metabólicas da pré-eclâmpsia representa exacerbação das modificações observadas na gestação normal, é possível que, em gestantes com fatores predisponentes (obesidade, síndromes metabólicas, doenças responsáveis por resposta inflamatória crônica basal), alterações placentárias sutis e até mesmo próximas da normalidade sejam suficientes para induzir o segundo estágio, ou seja, a forma clínica da doença. (Medeiros et al, 2019, p9)

O que vem se tornando evidente é que, apesar da etiologia desconhecida da pré-eclâmpsia, mulheres com obesidade ou índice de massa corporal elevado ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) apresentam maior risco para o desenvolvimento da doença. Outras alterações de risco são hipertensão arterial crônica, diabetes pré-gestacional e lúpus eritematoso sistêmico. Acredita-se que a associação da pré-eclâmpsia com obesidade decorra do estado crônico de inflamação sistêmica e que, à medida que o índice de massa corporal aumenta, a ativação das vias inflamatórias na interface materno-fetal também se exacerba. (Medeiros et al, 2019, p9)

1.8. Sinais e/ou sintomas da pré-eclâmpsia:

Por muito tempo a paciente com pré-eclâmpsia foi classificada em leve ou grave, baseando-se na presença de manifestações clínicas e/ou laboratoriais que demonstrem comprometimento importante de órgãos-alvo. Recentemente, a estratificação em pré-eclâmpsia leve e grave passou a receber críticas. Inicialmente, tal conceito poderia induzir ao erro, uma vez que todas as pacientes com pré-eclâmpsia podem, de maneira inesperada, evoluir com desfechos desfavoráveis. (Medeiros et al, 2019, p11)

Por outro lado, ao dizer que uma paciente apresenta o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, podemos levar, muitas vezes, à antecipação do parto de maneira inadvertida e, por que não dizer, de maneira iatrogênica. Assim, recomendamos que as pacientes com pré-eclâmpsia devem ser avaliadas quanto à presença ou não de sinais ou sintomas de comprometimento clínico e/ou laboratorial e ser prontamente conduzidas de acordo com eles, atentando-se sempre para a possibilidade de deterioração clínica progressiva. (Medeiros et al, 2019, p11)

Os principais parâmetros clínicos e laboratoriais a serem tratados e monitorados são:

- a) **Presença de crise hipertensiva:** PA \geq 160 e/ou 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, preferencialmente após período de repouso e com a paciente sentada;
- b) **Sinais de iminência de eclâmpsia:** nesse caso as pacientes apresentam nítido comprometimento do sistema nervoso, referindo cefaleia, fotofobia, fosfenas e escotomas. Periféricamente, apresentam hiper-reflexia. Dá-se grande importância também para a presença de náuseas e vômitos, bem como para dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, sintomas esses relacionados com comprometimento hepático;
- c) **Eclâmpsia:** desenvolvimento de convulsões tônico-crônicas em pacientes com o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Lembrar que em uma parcela dos casos a eclâmpsia se apresenta como quadro inicial, principalmente em pacientes cujo diagnóstico de pré-eclâmpsia não foi considerado apropriadamente;
- d) **Síndrome HELLP:** o termo HELLP deriva do inglês e refere-se a associação de intensa hemólise (Hemolysis), comprometimento hepático (Elevated Liver enzymes) e consumo de plaquetas (Low Platelets), em pacientes com pré-eclâmpsia.

As alterações anteriormente são definidas da seguinte forma: Hemólise presença de esquizócitos e equinócitos em sangue periférico e/ou elevação dos níveis de desidrogenase láctica (DHL) acima de 600 UI/L e/ou bilirrubinas indiretas acima de 1,2 mg/dL; comprometimento hepático determinado pela elevação dos valores de aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) acima de duas vezes o seu valor de normalidade; plaquetopenia, definida por valores inferiores a 100.000/mm³;

- a) **Oligúria:** diurese inferior a 500 mL/24h. A oligúria pode não se relacionar diretamente com o comprometimento da função renal, mas apresentar-se como decorrência de intenso extravasamento líquido para o terceiro espaço, identificado facilmente pela presença de edema intenso (anasarca);
- b) **Insuficiência renal aguda:** creatinina sérica \geq 1,2 mg/dL;

- c) **Dor torácica:** nesse caso a paciente sinaliza, a partir de dor em região torácica, associada ou não à respiração, tanto o comprometimento endotelial pulmonar quanto da parte cardíaca. Salienta-se que essa queixa é frequentemente desvalorizada;
- d) **Edema agudo de pulmão:** como o próprio termo diz, relaciona-se ao intenso comprometimento endotelial pulmonar, associado ou não a insuficiência cardíaca e/ou hipertensão arterial grave. Porém, é mais frequente diante dessas associações. Ressaltamos que, em 2013 o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) retirou dos critérios de gravidade relacionados à pré eclâmpsia os níveis de proteinúria (>5g/24h). (Medeiros et al, 2019, p11)

A nosso ver, a frequente utilização dos níveis de proteinúria como critério para antecipação do parto colocou essa avaliação como controversa. Assim, recomendamos que os níveis de proteinúria não sejam desvalorizados completamente, mas vistos em consonância com a clínica materna e as provas de vitalidade fetal, principalmente quando $\geq 10\text{g}/24\text{h}$. Porém, reforçamos que esse parâmetro não seja utilizado como critério único para a antecipação do parto. (Medeiros et al, 2019, p11)

1.9. Fatores de risco da pré-eclâmpsia

- a) Primiparidade
- b) História familiar de Pré-eclâmpsia
- c) Pré-eclâmpsia em gestação pregressa
- d) Hipertensão arterial ou doença renal preexistente
- e) Obesidade
- f) Diabetes mellitus
- g) Trombofilia
- h) Lúpus eritematoso sistêmico

- i) Idade materna >40 anos
- j) Gravidez múltipla
- k) Fertilização in vitro

Esses são alguns dos fatores que podem levar uma mulher a desenvolver a pré-eclâmpsia (Nasr, 2018, p9)

1.10. Diagnóstico

A classificação mais difundida estabelece a possibilidade de quatro formas de síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão arterial crônica sobreposta por pré-eclâmpsia.(1) Recentemente, a ISSHP (International Society for Study of Hypertension in Pregnancy) admitiu a possibilidade da ocorrência também na gestação, assim como se observa na clínica médica, da “hipertensão do jaleco branco”. Esse quadro caracteriza-se pela presença de hipertensão arterial ($\geq 140 \times 90$ mmHg) durante as consultas pré-natais, porém inferior a 135×85 mmHg em avaliações domiciliares. É importante salientar que essa forma de hipertensão deve ser considerada apenas quando presente na primeira metade da gestação e de forma alguma deve oferecer confusão com pré-eclâmpsia, característica da sua segunda metade. Ressalte-se que a “hipertensão do jaleco branco” pode evoluir para pré-eclâmpsia. Assim, salientamos, para a prática clínica atual, as quatro formas descritas a seguir:

1.10.1. Hipertensão arterial crônica:

Presença de hipertensão reportada pela gestante ou identificada antes de 20 semanas de gestação;

1.10.2. Pré-eclâmpsia:

Manifestação de hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa. Ainda que essa apresentação seja classicamente considerada, a presença de proteinúria não é mandatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Assim, deve-se admitir o diagnóstico da doença se a manifestação de hipertensão após a 20ª semana estiver acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos salvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia), mesmo na ausência de proteinúria. Além disso, a associação de hipertensão arterial com sinais de comprometimento placentário, como restrição de crescimento

fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria;

1.10.3. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica:

Esse diagnóstico deve ser estabelecido em algumas situações específicas:

- 1) Quando, após 20 semanas de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez (sugere-se atenção se o aumento for superior a três vezes o valor inicial);
- 2) Quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de associação de anti-hipertensivos ou incremento das doses terapêuticas iniciais;
- 3) Na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo;

1.10.4. Hipertensão gestacional:

Refere-se à identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados a pré-eclâmpsia. Essa forma de hipertensão deve desaparecer até 12 semanas após o parto. Assim, diante da persistência dos níveis pressóricos elevados, deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que foi mascarada pelas alterações fisiológicas da primeira metade da gestação. Diante dos conceitos atuais sobre o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria, é preciso estar sempre atento à possibilidade de evolução desfavorável de casos inicialmente diagnosticados como hipertensão gestacional, pois até 25% dessas pacientes apresentarão sinais e/ou sintomas relacionados a pré-eclâmpsia, alterando-se, portanto, o seu diagnóstico. Ao classificarmos as formas de hipertensão arterial na gestação há necessidade de definir alguns conceitos:

1.10.5. Hipertensão arterial:

Valor de pressão arterial (PA) ≥ 140 e/ou 90 mmHg, avaliada após um período de repouso, com a paciente em posição sentada e manguito apropriado, considerando-se como pressão sistólica o primeiro som de Korotkoff e como pressão diastólica o quinto som de Korotkoff, caracterizado pelo desaparecimento da bulha cardíaca. Nos casos de persistência das bulhas até o final da desinsuflação do manguito, deve-se considerar como pressão diastólica o abafamento da bulha. Na falta de manguito apropriado, recomenda-se a utilização da tabela de

correção da PA de acordo com a circunferência do braço da paciente. A medição deve ser realizada ao nível da metade do braço da paciente (Anexo 1);

1.10.6. Proteinúria significativa:

Presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas. Há grande tendência a favor da substituição do exame de proteinúria de 24 horas na prática clínica. Admite-se que a relação proteína/creatinina urinárias apresenta sensibilidade suficiente para ser utilizada na identificação de proteinúria significativa, além de representar exame de execução mais fácil e de menor custo. Considera-se alterada a relação $\geq 0,3$ (as unidades tanto de proteinúria quanto de creatinina devem estar em mg/dL). Na impossibilidade de se determinar a proteinúria pelos métodos anteriores, pode-se considerar a avaliação qualitativa de proteína em amostra de urina isolada (dipstick), considerando como positiva a presença de apenas uma cruz de proteína, identificação compatível com cerca de 30 mg/dL. (Medeiros et al, 2019, p10)

1.11. Diagnóstico diferencial das crises convulsivas

Em gestantes, a manifestação de convulsões após a 20ª semana de idade gestacional deve ser sempre interpretada, em princípio, como eclâmpsia. Somente após criteriosa abordagem, e muitas vezes após o tratamento baseado no diagnóstico de eclâmpsia, pode ser necessária a consideração de outras causas diferenciais para o quadro convulsivo. Assim, as seguintes situações especiais devem ser consideradas para o diagnóstico diferencial:

- 1) A ocorrência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia antes da 20ª semana de gestação é rara e deve-se pensar na possibilidade de associação com gestação molar;
- 2) Alterações neurológicas persistentes e casos refratários ao tratamento sugerem comprometimento anatômico, independentemente de a causa inicial ter sido realmente eclâmpsia. Assim, sempre que estivermos diante de casos de convulsões de difícil controle, principalmente na vigência do uso de sulfato de magnésio, deve-se realizar a investigação de acidente vascular cerebral;
- 3) Sinais e sintomas neurológicos que se desenvolvem de forma repentina podem incluir: acidente vascular cerebral, lesão cerebral expansiva encefalopatias tóxicas e metabólicas, síndrome da vasoconstrição cerebral reversível, púrpura trombocitopênica trombótica e infecção do sistema nervoso central

- 4) Crises convulsivas sem déficits neurológicos podem ser desencadeadas por anormalidades metabólicas (hipocalcemia, hiponatremia, hipoglicemia), toxinas (abstinência de drogas ou álcool, intoxicação por drogas), infecção (meningite, encefalite, sepse) ou trauma cefálico recente. Entretanto, a ausência de déficits neurológicos não exclui uma anormalidade anatômica cerebral;
- 5) A gestação é fator desencadeante para alguns distúrbios associados à atividade convulsiva, como púrpura trombocitopênica trombótica e síndrome hemolítica urêmica, que podem ser de difícil diferenciação com o quadro de eclâmpsia que ocorre associado à síndrome HELLP. Outra doença clínica que pode iniciar sua manifestação clínica na gestação como manifestações neurológicas é o lúpus eritematoso sistêmico;
- 6) Em resumo, a investigação com exames de imagem está indicada sempre que a paciente apresentar: déficit neurológico, coma, convulsões de difícil controle, alterações visuais persistentes, convulsões antes de 20 semanas de idade gestacional sem associação com doença trofoblástica gestacional e ausência de diagnóstico prévio de epilepsia. (Medeiros et al, 2019, p12)

1.11.1. Conduta na pré-eclâmpsia

1.11.1.1.Princípios gerais:

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 se acompanhada de edema de mãos e face. Deve-se ainda atentar para os níveis pressóricos e para as queixas relacionadas a sinais ou sintomas de comprometimento de órgãos-alvo. Diante do diagnóstico da pré-eclâmpsia, o foco do controle clínico é a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, por meio: de orientações sobre os sinais de comprometimento da doença, de encaminhamento e assistência em serviços terciários e com assistência neonatal qualificada, do bom controle pressórico, da prevenção da eclâmpsia ou de sua recorrência e na identificação precoce de alterações laboratoriais, principalmente aquelas relacionadas à síndrome HELLP. Acrescenta-se ainda a avaliação do bem-estar fetal. (Medeiros et al, 2019, p14)

A combinação dessas ações deve possibilitar a condução dos casos objetivando-se a realização do parto, única forma real de evitar a progressão imediata da doença, com equilíbrio entre as repercussões materno-fetais e os impactos da prematuridade. Na vigência de eclâmpsia, são considerados princípios básicos de conduta: evitar trauma por queda, manter a permeabilidade das vias aéreas e garantir suporte de oxigênio, e prevenir a aspiração em casos de vômitos. Assim, preconiza-se colocar a gestante em decúbito lateral esquerdo ou semissentada em cama com grades laterais, utilizar cânula de Guedel, fornecer oxigênio nasal 5L/min e obter prontamente acesso venoso. (Medeiros et al, 2019, p14)

1.11.2. Tratamento não farmacológico

1.11.2.1. Dieta:

Recomenda-se dieta normal, sem restrição de sal, uma vez que não há evidências para se preconizar essa conduta no auxílio do controle pressórico ou na prevenção de desfechos adversos. Além disso, é preciso lembrar que essas pacientes podem precisar de longos períodos de internação e a manutenção da mínima qualidade na dieta delas torna-se importante nesses momentos. Admite-se ainda que a restrição na ingestão de sódio possa reduzir o volume intravascular. (Medeiros et al, 2019, p14)

1.11.2.2. Repouso hospitalar ou domiciliar:

Sugere-se que a redução da atividade física para mulheres com pré-eclâmpsia possa contribuir para melhora no fluxo sanguíneo uteroplacentário e prevenir a exacerbação da hipertensão, particularmente se a PA não estiver bem controlada. Porém, não há evidências de que melhore significativamente os principais desfechos maternos e perinatais, sendo importante ressaltar que não há evidências para se recomendar o repouso absoluto das pacientes com pré-eclâmpsia. (Medeiros et al, 2019, p14)

1.12. Acompanhamento laboratorial:

O diagnóstico de pré-eclâmpsia necessita de acompanhamento com exames laboratoriais para identificar precocemente o comprometimento de órgãos-alvo e diagnosticar a síndrome HELLP ainda em seu estágio inicial (apenas alterações laboratoriais, sem sinais e sintomas clínicos). A frequência desse acompanhamento depende da evolução e da gravidade de cada caso, recomendando-se sua execução de maneira geral, uma vez por semana. Deve-se colher hemograma (avaliar hematócrito e hemoglobina, bem como a contagem de plaquetas), DHL, bilirrubinas totais ou haptoglobina (padrão-ouro de anemia microangiopática), creatinina e AST. Ressaltamos que:

- 1) Não há necessidade de avaliações repetidas de proteinúria;
- 2) A dosagem de ureia não deve ser realizada se não houver nítido comprometimento renal ou suspeita de síndrome hemolítico-urêmica;
- 3) Para a avaliação do comprometimento hepático, apenas a dosagem de AST se mostra suficiente;
- 4) A dosagem de ácido úrico apresenta correlação com desfechos adversos, porém, se solicitada, não constitui marcador único para decisões clínicas. (Medeiros et al, 2019, p14)

1.12.1. Acompanhamento hospitalar ou ambulatorial:

Ao considerarmos o grau de imprevisibilidade da pré-eclâmpsia, o acompanhamento hospitalar e ambulatorial seria plenamente justificado. Entretanto, é preciso também reconhecer que períodos longos de internação não são fáceis para pacientes e familiares, além de representarem sobrecarga quando se trata de leitos hospitalares. Assim, recomenda-se a internação assim que haja forte suspeita ou confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia, para que se possam avaliar adequadamente as condições materno-fetais, introduzir/adequar as doses de anti-hipertensivos e orientar paciente e familiares sobre o problema em questão, os riscos e os tipos de complicações. Após um período inicial, que pode ser variável para cada paciente, pode-se preconizar “licenças” hospitalares e a paciente pode intercalar períodos de internação (Medeiros et al, 2019, p14)

1.13. Tratamento farmacológico

1.13.1. Anti-hipertensivos

A decisão de introduzir anti-hipertensivos deve considerar os riscos e benefícios para a mãe e o feto, tomando-se como fatores principais o valor da PA e a presença ou não de sinais e sintomas relacionados aos níveis pressóricos. Lembramos que pacientes hipertensas crônicas muitas vezes toleram níveis elevados de PA sem apresentar quaisquer manifestações clínicas. Ao contrário, pacientes jovens, com níveis de PA anteriores considerados baixos, podem até mesmo evoluir para quadros graves e eclâmpsia, ainda com níveis pouco elevados da PA. Assim, ao se considerar a necessidade de tratamento medicamentoso, recomenda-se, ainda alguns medicamentos como:

- Hidralazina: A hidralazina, um vasodilatador periférico, é amplamente utilizada na situação de pré-eclâmpsia para o tratamento agudo da hipertensão grave. A ação máxima da droga ocorre em 20 minutos. O monitoramento da PA deve ser rigoroso, uma vez que há riscos de hipotensão, que deve ser prontamente corrigida com a elevação dos membros inferiores e remoção de medicações ou fatores que possam estar agindo como potencializadores. Não se conseguindo o retorno da PA, recomenda-se a hidratação, porém esta deve ser cuidadosa.
- Nifedipino: Nifedipino oral de liberação imediata, um bloqueador de canais de cálcio, também pode ser usado como terapia de primeira linha, especialmente quando o acesso intravenoso não está disponível. Sua ação máxima ocorre entre 30 e 40 minutos. Salienta-se que os comprimidos não devem ser mastigados e não devem ser utilizadas as formulações pela via sublingual.
- Nitroprussiato de sódio: Potente vasodilatador arterial e venoso. A experiência clínica limitada e o receio quanto à possibilidade de intoxicação fetal por cianeto por muito tempo restringiram o uso de nitroprussiato na gravidez. Entretanto, não há evidências que suportem o risco fetal, principalmente nos casos de utilização por curto período de tempo (6-12h). O nitroprussiato é recomendado especialmente para gestantes com edema agudo de pulmão associado a comprometimento funcional cardíaco, por exercer importantes benefícios tanto na pós-carga quanto na pré-carga.
- Sulfato de magnésio ($MgSO_4 \cdot 7H_2O$): Desde a publicação dos resultados do The Collaborative Eclampsia Trial (Magpie Trial), o sulfato de magnésio passou a ser a droga de escolha para o tratamento da iminência de pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Revisões sistemáticas indicam que o sulfato de magnésio é mais seguro e eficaz do que fenitoína, diazepam ou cocktail lítico (clorpromazina, prometazina e petidina) para a prevenção de convulsões recorrentes em eclâmpsia, além de ter baixo custo, facilidade de administração e não causar sedação. Ademais, recentemente a exposição fetal à terapia com sulfato de magnésio se mostrou como importante arma na redução dos casos de paralisia cerebral e disfunção motora grave em recém-nascidos prematuros (<32 semanas de gestação). Sendo assim, a utilização do sulfato de magnésio é altamente recomendada para os casos de: iminência de pré-eclâmpsia,

eclâmpsia, síndrome HELLP (15% dessas pacientes evoluem com eclâmpsia) e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo hipertensão de difícil controle.

1.14. Cuidados de enfermagem

1. Explicar à paciente e ao seu acompanhante o processo patológico e a necessidade de períodos de repouso em decúbito lateral esquerdo.
2. Permitir tempo para perguntas da paciente ou acompanhante.
3. Manter o ambiente tranquilo.
4. Monitorar os sinais vitais de hora em hora, de acordo com a prescrição médica.
5. Coletar sangue para realização de exames, caso seja solicitado pela equipe médica.
6. Instruir quanto à importância de relatar sintomas como cefaléia, alterações visuais, tonteira e dor epigástrica.
7. Puncionar e manter acesso venoso periférico, de acordo com a prescrição médica.
8. Aplicar medicações conforme prescrição médica.
9. Manter grades laterais elevadas para evitar lesão em caso de convulsão.
10. Preparar a unidade da paciente mantendo material para oxigenoterapia (fluxômetro, catéteres, umidificador, máscara de Hudson e macronebulizador) prontos para utilização.
11. Preparar e manter próximo ao leito material para uma possível parada cardiorrespiratória.
12. Tomar as medidas para a possibilidade de cesariana (preparação da sala cirúrgica, materiais e equipamentos necessários).
13. Reunir os equipamentos e materiais necessários para os cuidados imediatos e possível reanimação do RN

1.15. Prevenção da pré-eclâmpsia

Inicialmente relacionaremos as intervenções que não reduzem o risco de pré-eclâmpsia e, portanto, não há razões para sua aplicação na prática clínica. Assim sendo, não há razões para orientar repouso, restrição de sal na dieta, uso de antioxidantes (vitaminas C e E), vitamina D, ômega-3 ou de enoxaparina visando à prevenção da pré-eclâmpsia. As intervenções recomendadas e que podem resultar em redução dos riscos de desenvolver pré-eclâmpsia são: o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e a suplementação de cálcio. (Medeiros et al, 2019, p14)

No que diz respeito ao uso do AAS, esse deve ser recomendado na dose de 100 a 150 mg ao dia para as pacientes identificadas como de risco, de acordo com as orientações descritas acima sobre a predição da pré-eclâmpsia. O AAS deve ser administrado o mais precocemente possível e durante a noite. Assim, parece razoável iniciar em torno de 12 semanas, ainda que não exista nenhum risco associado, caso seja iniciado antes disso. Embora possa ser mantido até o final da gestação, sua suspensão após a 36^a semana parece uma conduta racional, pois permite a renovação de plaquetas com plena capacidade funcional para as demandas do parto. Em relação à suplementação de cálcio, uma revisão sistemática concluiu que, de forma geral, ela resulta em redução de 55,0% no risco de pré-eclâmpsia. Esse efeito é ainda maior em mulheres com dieta pobre em cálcio, resultando em redução de 74,0%. Em mulheres com risco elevado para pré-eclâmpsia, essa redução pode chegar a 78,0%. Dessa forma, durante a gestação, todas as mulheres devem ser orientadas a ter uma dieta rica em cálcio; para aquelas com risco para pré-eclâmpsia e/ou dieta pobre em cálcio, recomenda-se a suplementação de 1,0 a 2,0g ao dia. (Medeiros et al, 2019, p14)

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é de carácter descritiva exploratória. As pesquisas descritivas caracterizam-se frequentemente como estudos que procuram determinar opiniões ou projecções futuras nas respostas que podem ser obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através da descrição e análise de observação objetiva e direta.

1.16. Caracterização do local de estudo

O projeto foi desenvolvido para ser implementado no Hospital Municipal da Caála e os dados foram colhidos no Hospital Municipal da Caála. Caála é uma cidade e município da província do Huambo. Tem 3 680 km² e cerca de 373 mil habitantes INE, 2014.

O município da Caála localiza-se na parte central da província do Huambo tendo como limites a Norte o município da Ekunha, a Este o município de Huambo, a Sul o município de Chipindo, e a Oeste os municípios de Longonjo e Caconda. É constituído pelas comunas de Caála, Kuima, Kalenga e Katata.

O desenvolvimento da zona iniciou-se com a chegada do caminho de ferro, em 1912. Pertenceu até 1922 à circunscrição do Huambo. Entre 1922 e 1934 pertenceu à circunscrição do Lépi, quando esta foi transferida para a Caála. Em 1956 foi elevada a concelho. Até 1970 designou-se Vila Robert Williams, em homenagem ao magnata britânico Robert Williams que impulsionou a construção do Caminho de Ferro de Benguela. Em 15 de Julho de 1970 passou à categoria de cidade passando a designar-se Caála.

Em 2002, no fim da guerra civil angolana, Caála albergou um centro de ajuda humanitária dos Médicos Sem Fronteiras.

1.17. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com uma abordagem relacionada as causas da pré-eclâmpsia e identificar de forma minuciosa cada aspecto por mínimo que seja para compreender problema em estudo, com o foco a atingir os objetivos traçados.

O presente estudo de investigação é baseado nas abordagens quantitativa e qualitativa, pois pretende recolher sistematicamente dados, mantendo uma abordagem interpretativa dos dados.

1.18. População e amostra:

Deste modo a população escolhida para este estudo, foram 50 indivíduos. Encontram-se neste grupo 20 mulheres, e 10 profissionais que perfazem a nossa amostra.

Tabela 1- População e Amostra

Extrato	População	Amostra	Percentagem	Tipo de Amostra	Critério de amostragem
Profissionais	10	10	100%		
Mulheres	40	20	50%	Probabilística	Aleatório Símples
Total	50	30			

Fonte: (autor,2023)

Esta população foi escolhida por ter as características necessária para o estudo em questão.

1.19. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão, definiu-se:

- 1) As mulheres que se encontravam internadas no período em estudo;
- 2) As mulheres que aceitaram participar dos estudos;

Critérios de exclusão, definiu-se:

- 1) As mulheres que não se encontravam internadas no período em estudo;
- 2) As mulheres que não aceitaram participar dos estudos;

1.20. Métodos

1.20.1. Nível teórico

Histórico – lógico, analítico – sintético, Indutivo-dedutivo que estarão presente em todo processo da investigação.

Histórico - lógico – permitiu-nos analisar a problemática dos conceitos, desde o contexto histórico até a actualidade, visto que esse fenómeno vem a existir desde os primórdios da humanidade.

Analítico - sintético – com este método, permitiu-se analisar bibliografias relacionadas com o objeto de estudo e campo de ação; fomos capazes de analisar os diversos pontos de vistas dos vários autores que foram consultados, e favoreceu a discussão dos resultados e nos possibilitou a extração das conclusões de índole importante para esse trabalho

Indutivo - dedutivo – Serviu para fazer um estudo, partindo de factos particulares para se chegar às proposições gerais que podem auxiliar na determinação do estado atual das características da pré-eclâmpsia no Hospital Municipal do Huambo.

1.20.2. Método empírico

Observação: foi utilizada na medida em que pacientes com pré-eclâmpsia foram atendidas na unidade Hospitalar para perceber quais as características da pré-eclâmpsia.

Questionário: foi útil para a recolha dos dados e deu-se aos respondentes e os mesmos antes de responderem, refletiram com calma a cada questão que se encontravam nos questionários.

O instrumento para recolha de dados, é um questionário de perguntas mistas, porque o conjunto de alternativas de resposta é uniforme, facilitando comparações entre os inquiridos.

Este instrumento de recolha de dados não é dispendioso, e é possível aplicá-lo a um número elevado de pessoas em simultâneo.

Os aspectos empíricos dizem respeito ao desenvolvimento do estudo, à análise dos dados e à interpretação dos resultados serão realizados pelo questionário e observação. Após a realização dos questionários, proceder-se-á recolha e análise de dados usando o programa Microsoft Excel 2021, para ambiente Windows. Se utilizará a estatística descritiva, através das frequências relativas e absolutas.

Todos os resultados obtidos, serão transformados em gráficos, quadros e tabelas com a respetiva análise de dados.

1.21. Princípios éticos:

Esta pesquisa foi autorizada pela comissão científica e ética do Instituto superior politécnico da Caála e aprovada pela coordenação do curso. A colheita de dados foi realizada após assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido, sendo apresentado aos participantes o objetivo da pesquisa, explicando os motivos da escolha de sua participação, a qual se deu em carácter voluntário, garantindo o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados.

ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados em primeiro lugar os resultados do estudo, fazendo análise e discussão dos resultados do estudo.

Tabela 2 A Pré-eclâmpsia é constituída um grave problema de saúde pública?

Variáveis	Respostas
Discordo fortemente	0
Discordo	0
Nem concordo nem discordo	0
Concordo	8
Concordo fortemente	2

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta acima feita aos profissionais, as respostas foram distribuídas da seguinte forma: 8 concordo e 2 concordo fortemente. Isso indica que os mesmos concordam em afirmar que a pré-eclâmpsia é um grave problema de saúde pública.

Tabela 3 Quais são as principais causas da pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Histórico familiar de pré-Eclâmpsia	4	40%
Primeira gravidez	1	10%
Gravidez múltipla	3	30%
Gravidez após os 35 Anos	2	20%
Total	10	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita acima, as respostas dos profissionais foram distribuídas da seguinte forma: 4 que corresponde a 40% responderam que a causa é Histórico familiar, 1 que

corresponde a 10% primeira gravidez, 3 que corresponde a 30% gravidez múltipla e 2 que corresponde a 20% gravidez após os 35 anos de idade.

Tabela 4 Quais são os sintomas da pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Pressão arterial entre		
140/90 e 160/110	5	50%
Presença de proteínas		
Na urina	3	30%
Inchaço e rápido ganho		
De peso	2	20%
Total	10	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita acima, as respostas dos profissionais foram: 5 que corresponde a 50% Pressão arterial entre 140/90 e 160/110, 3 que corresponde a 30% Presença de proteínas na urina e 2 que corresponde a 20% Inchaço e rápido ganho de peso.

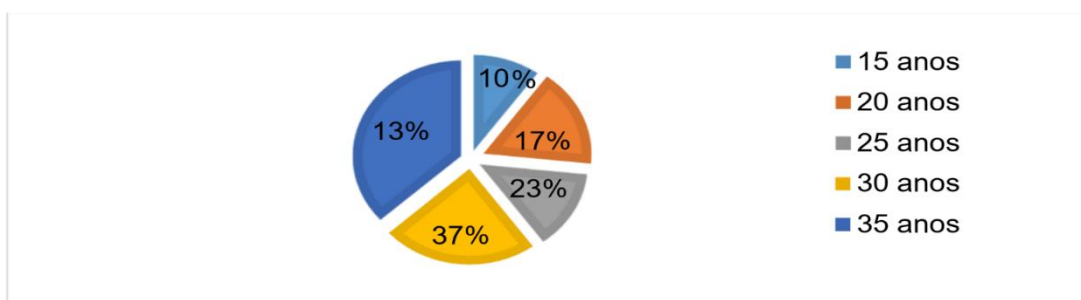
Tabela 5 Quais são os fatores de risco da Pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Obesidade	4	40%
Primeira Gestação	3	30%
Lúpus	3	30%
Total	10	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita acima as perguntas dos profissionais foram: 4 que corresponde a 40% Obesidade, 3 que corresponde a 30% Primeira Gestação e 3 que corresponde a 30% Lúpus.

Gráfico 1 – Idade das mulheres no Hospital Municipal da Caála.



Fonte: Própria

O gráfico nº1 nos mostra que maior parte das mulheres da nossa amostra têm 30 anos, perfazendo um total de 37%, a seguir 25 anos perfazendo total de 23%. A menor percentagem foi das mulheres de 15 anos que corresponde a 10%.

1.22. Pacientes internadas na secção da maternidade no hospital municipal da caála

Tabela 6 Tem conhecimento sobre a pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	8	40%
Não	12	60%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na sexta tabela, 8 das 20 pacientes responderam que têm conhecimento sobre a pré-eclâmpsia correspondendo a 40%, 12 responderam que não têm nenhum conhecimento sobre a pré-eclâmpsia correspondendo a 60%.

Tabela 7 Conhece alguém que já teve um caso de pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	7	35%
Não	13	65%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na sétima tabela, 7 pacientes responderam que conhecem pessoas que já tiveram pré-eclâmpsia correspondendo a 35%, e 13 responderam que não conhecem

alguém que já teve pré-eclâmpsia, correspondendo a 65%. Isso mostra que as pacientes têm pouco contacto com mulheres com pré-eclâmpsia.

Tabela 8 Tens conhecimento sobre as idades de risco que podem ser fatores desencadeantes de pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	6	30%
Não	14	70%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na oitava tabela, 6 pacientes responderam que têm conhecimento, correspondendo a 30%. 14 responderam que não têm conhecimento, correspondendo a 70%.

Tabela 9 Conheces as causas da pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	2	10%
Não	18	90%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na nona tabela, 2 pacientes responderam que conhecem as causas da pré-eclâmpsia, correspondendo a 10%. 18 responderam que não têm conhecimento, correspondendo a 90%.

Tabela 10 Tens conhecimento sobre os cuidados a ter para evitar a pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	2	10%
Não	18	90%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na tabela acima, 2 pacientes responderam que têm conhecimento, correspondendo a 10%. 18 negaram conhecimento, correspondendo a 90%.

Tabela 11 Tens conhecimento sobre sinais e sintomas da pré eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	7	35%
Não	13	65%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na tabela acima, 7 pacientes responderam que têm conhecimento, correspondendo a 35%. 13 responderam que não têm conhecimento, correspondendo a 65%.

Tabela 12 Conheces algum tratamento da pré-eclâmpsia?

Variáveis	Frequência	Percentagem
Sim	2	10%
Não	18	90%
Total	20	100%

Fonte: (autor,2023)

Na pergunta feita na tabela acima, 2 pacientes responderam que têm conhecimento, correspondendo a 10%. 18 responderam que não têm conhecimento, correspondendo a 90%.

PROPOSTA DO GUIA DE ORIENTAÇÃO PRA MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPسيا ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAÁLA

Voce sabe o que é a pre-eclampsia ?



*A melhor
Forma de
Combater é
Identificá- Lá a
Tempo*



Pré-eclâmpسيا doença perigosa?

A pré-eclâmpسيا é uma complicação que pode afetar tanto a mãe como ao bebe, desenvolve-se a partir das 20 semanas de gravidez, além disso pode apresentar-se os primeiros dias após o parto. Algumas sofrerão complicações que põem em risco a vida da mãe e o feto. **Sinais e Sintomas**

Não olvides informar a teu médico sim tem antecedentes de pré-eclâmpسيا pessoais ou familiares ou sofres de hipertensão arterial

<p>Esta doença se manifesta com os sinais e sintomas a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inchaço -Pressão alta - Ganho de peso excessivo -Dores de cabeça e na Nuca -Problemas de visão: <ul style="list-style-type: none"> - Visão borrada -Visão de pontes brilhantes 	
---	--

Quem tem maior risco de apresentar pré-eclâmpsia



- Mulheres que já tinham pressão alta antes de engravidar
- Mulheres obesas
- Mulheres que ficam grávidas antes dos 20 e após 35 anos de idade
- Mulheres com Diabetes Melitus
- Gestação multiplex
- Fertilização invitro

Esta doença pode ser prevenida?

Sim, para isso você deve:

Planejar as gestações entre 20 e 35 anos Fazer acompanhamento pré-natal a partir do início

Fazer dieta saudável e controlar o peso e a TA.

O que fazer no caso de apresentar sinais de pressão alta

- Assistir a unidade sanitária mais perto assim como cumprir com as recomendações orientadas. **Cuidados a serem tomados**
- Controle rigoroso da pressão arterial acorde orientação do prestador de saúde
- Períodos de repouso durante o dia pelo menos 2h sempre em decúbito lateral esquerdo
- Alimentação: dieta rica em proteínas (carne, ovo, leite), não abuse do sal
- Controle seu peso
- Observe inchaço (edema)



CONCLUSÃO

Atualmente se considera pré-eclâmpsia quando, na ausência de proteinúria, ocorre disfunção de órgãos-alvo. O caráter multissistêmico da pré-eclâmpsia implica a possibilidade de evolução para situações de maior gravidade como eclâmpsia, acidente vascular cerebral hemorrágico, síndrome HELLP, insuficiência renal, edema agudo de pulmão e morte. Eclâmpsia refere-se à ocorrência de crise convulsiva tônico-crônica generalizada ou coma em gestante com pré-eclâmpsia, sendo uma das complicações mais graves da doença (Ramos, Sass, Costa, 2017, p12)

Os objetivos traçados no começo da elaboração do presente projeto foram alcançados, uma vez que: Foi possível delimitar o impacto de um guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia, identificar as prioridades para o atendimento da mulher com pré-eclâmpsia, descrever a visão dos profissionais de saúde sobre a proposta de um guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia e propor ações estratégicas que visem o funcionamento eficaz e eficiente uso do guia de orientação para o cuidado da mulher com pré-eclâmpsia atendidas no hospital municipal da Caála.

Vários são os sintomas da pré-eclâmpsia, tais como: Pressão arterial entre 140/90 e 160/110, Presença de proteínas na urina, Inchaço e rápido ganho de peso. Os resultados dos questionários aplicados, deram-nos a conhecer que a pré-eclâmpsia é um problema grave na nossa sociedade.

Por isso, espera-se contribuir positivamente na solução deste problema para assim salvaguardar o bem mais precioso que é a vida.

RECOMENDAÇÕES

- 1) Que os Hospitais apelem para ás medidas preventivas da pré-eclâmpsia;
- 2) Que o Ministério da Saúde use políticas para reduzir os casos de pré-eclâmpsia nos nossos Hospitais;
- 3) Que o Instituto Superior Politécnico da Caála ajude a promover esse trabalho para que mais pessoas tenham conhecimento desse tema e que por influência dele venha moldar a vida daqueles que tiverem contato com esse trabalho.

REFERÊNCIAS

KAHHALE S, E. A. (2018). *Pré-eclâmpsia*.

MEDEIROS. (2019). *Pré-eclâmpsia Informações importantes para diagnosticar e tratar essa doença multifatorial*.

NASR. (2018). *Protocolo de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia*.

RAMOS, S. C. (2017). *Pré-eclâmpsia*.

REDMAN, S. A. (2019). *Pré-eclâmpsia Informações importantes para diagnosticar e tratar essa doença multifatorial*.

ROBERTS, H. A. (2019). *Pré-eclâmpsia Informações importantes para diagnosticar e tratar essa doença multifatorial*.

ANÉXOS

ANÉXO A: TÉCNICAS PARA A APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA PROFIONAIS:

Estimados senhores/a com muito respeito pedimos a vossa participação no preenchimento do presente questionário com objetivo de obtermos informações que poderá ajudar na aquisição de dados para a realização do projeto de final de curso

Apresente investigação tem como requisito a elaboração de fim de curso no ISPCAÁLA na área de Enfermagem, garantimos o anonimato das informações.

Nome:

Idade: ____

Género: M ____ F ____

Estado civil: Solteiro ____ Casado ____ Separado ____ Divorciado ____

Profissão: _____

Nível académico: II - Ciclo ____ Ensino superior ____ Mestrado ____

Responda selecionando uma opção, obedecendo a escala que vai de 1 a 5, onde 1- significa discordo fortemente; 2- discordo; 3- nem concordo nem discordo; 4-concordo; e 5-concordo fortemente.

1- A Pré-eclâmpsia é constituída um grave problema de saúde pública?

1 2 3 4 5

--	--	--	--	--

3- Quais são as principais causas da pré-eclâmpsia?

Histórico familiar de pré-eclâmpsia: _____

Primeira gravidez: _____

Gravidez múltipla: _____

Gravidez após os 35 anos: _____

4- Quais são os sintomas da pré-eclâmpsia?

Pressão arterial entre 140/90 e 160/110 _____

Presença de proteínas na urina _____

Inchaço e rápido ganho de peso _____

5- Quais são os fatores de risco da Pré-eclâmpsia?

Obesidade _____ Primeira Gestação _____ Lúpus _____

6- Que ações podem ser realizadas para minimizar a incidência de pré-eclâmpsia?

R: _____

ANEXO B: QUESTIONARIO

Dirigido aos pacientes do Hospital municipal da Caála

Estimados senhoras com muito respeito pedimos a vossa participação no preenchimento do presente questionário com objetivo de obtermos informações que poderá ajudar na aquisição de dados para a realização do projeto de final de curso

Apresente investigação tem como requisito a elaboração de fim de curso no ISPCAÁLA na área de Enfermagem, garantimos o anonimato das informações.

Nome:

Idade: ____

Género: M ____ F ____

Estado civil: Solteiro ____ Casado ____ Separado ____ Divorciado ____

Profissão: _____

Nível académico: Ensino primário ____ I-Ciclo ____ II- Ciclo ____ Ensino superior ____

Local de providência _____ 1- Tem conhecimento sobre a pré-eclâmpsia?

R: _____

2- Conhece alguém que já teve um caso de pré-eclâmpsia?

Sim ____ não ____

3- Tens conhecimento sobre as idades de risco que podem ser fatores desencadeantes de pré-eclâmpsia?

Sim ____ não ____

4- Conheces as causas da pré-eclâmpsia

Sim____ não____

5- Tens conhecimento sobre os cuidados a ter para evitar a pré-eclâmpsia?

Sim____ não____

7- Tens conhecimento sobre sinais e sintomas da pré eclâmpsia?

Sim____ não____

6- Conheces algum tratamento da pré-eclâmpsia?

Sim____ não____



Fig 1



Fig 2

207.C
Do Autoriza do
E. Afonso
12/07/23



Gabinete do Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação

Visto
O presidente
Helder Lucas Chipitão, Ph.D.
Professor Associado

À:

**DIRECÇÃO DO HOSPITAL
MUNICIPAL DA CAÁLA**

= CAÁLA =

SOLICITAÇÃO Nº423/GB-VP.ACPG-AAcVE/2023

Para que não se coloque impedimento, declara-se que **Eulária Ivone Jordão Dias**, é Estudante desta Instituição, matriculada no 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem Geral no Ano lectivo de 2022-2023.

E tendo em vista a realização do Trabalho de Pesquisa, vimos por meio desta solicitar à Direcção do Hospital Municipal da Caála, no sentido de autorizar a Estudante acima citado para a recolha de dados.

Cientes de que o assunto merecerá a Vossa melhor atenção, desejamos votos de bom trabalho.

Direcção do Vice-Presidente Para Área Científica do Instituto Superior Politécnico da Caála, aos 25 de Maio do ano de 2023.

O Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-Graduação

Arlindo da Costa Afonso, PhD
= Professor Auxiliar =

BIOGRAFIA

Eulária Ivone Jordão Dias nasceu em Quipungo, província da Huíla, no dia 24 de junho de 1980. Formou-se como técnico média de enfermagem geral no Instituto Médico de Saúde (IMS) no Huambo em 2015. Trabalha como técnica média de enfermeira no hospital municipal da Caála.

.

Eulária Ivone Jordão Dias é estudante do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISP-CAÁLA) onde dou entrada em 2018 no curso de enfermagem geral e atualmente é finalista deste curso na mesma instituição.

.

Eulária Ivone Jordão Dias atualmente vive na província do Huambo, município da Caála bairro da Codume. Estado civil solteiro tem 8 filhos e é grata a Deus pela graça e saúde de Cada manhã.