



ARIANNA GONZÁLEZ LANTIGUA

**TRABALHO EM GRUPOS PARA GESTANTES COM FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ, CADASTRADAS NA UNIDADE DE
SAÚDE RIO DOS SINOS**

PORTO ALEGRE - RS

2018



ARIANNA GONZÁLEZ LANTIGUA

**TRABALHO EM GRUPOS PARA GESTANTES COM FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ, CADASTRADAS NA UNIDADE DE
SAÚDE RIO DOS SINOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Lucas Mello Pioner

PORTO ALEGRE - RS

2018

RESUMO

Uma proposta interessante para trabalhar com gestante com fatores de risco para hipertensão na gravidez, cadastradas na atenção pré-natal na Unidade de Saúde de Rio dos Sinos, para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais, é o trabalho em grupos. Neste estudo apresentamos o trabalho em grupos como alternativa de abordagem para equipes com dificuldade para o atendimento ou acompanhamento das pacientes grávidas com fatores de risco para doenças como hipertensão arterial, elegemos os grupos de risco e não a mulheres com esta doença porque são as que mais se beneficiariam desta abordagem. Nosso objetivo é proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão e minimizar os danos fetais, desde reduzir a hipóxia até prevenir o óbito fetal. Para isso é importante um atendimento de qualidade que vincule as pacientes aos profissionais e desta forma diminuir a morbimortalidade desta população.

Descritores: Atenção Primária, Saúde da mulher, Gravidez, Pré-natal, Saúde da família.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO | 11 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO | 16 |
| 4. VISITA DOMICILIAR..... | 20 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA..... | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 25 |
| ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO | 26 |

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Arianna González Lantigua tenho 32 anos, sou de nacionalidade cubana e me graduei com o título de médica em 14 de julho de 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas de Matanzas doutor Calos J. Finlay, uma instituição pública de ensino superior. Iniciei minha carreira profissional como médica em Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Los Arabos por 7 anos.

Em agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo no município Caráa, faz um ano. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio Dos Sinos, município de Caraá originou-se de Santo Antônio da Patrulha, sendo emancipado e decretado, criado em 28 de dezembro de 1995, através da Lei Estadual número 10.641. Foi instalado no dia 1 de Janeiro de 1997.

Com uma extensão de 292,5km², fica situado na Região Litoral Norte do Estado Do Rio Grande do Sul, entre a serra, a metrópole e o mar, limitando se ao norte, com o município de maquine, ao sul, Santo Antônio da Patrulha, a leste, com Osório, e a oeste, com Riozinho.

A população total do município é de 7403 habitantes de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2016). O município é eminentemente agrícola, caracterizado por pequenas propriedades, (minifúndios). Predominando as produções de arroz e frutas. O relevo acidentado com pequenas várzeas, especialmente nas margens do Rio dos Sinos, muito férteis, favorecem as produções. As partes altas são ocupadas com plantação de Feijão, fumo, laranja, banana e demais culturas de subsistência. O clima da região também favorece a atividade agrícola, sendo bem definidas as quatro estações do ano.

Existe também uma filial da MUSA calçado, que emprega um total de 420 funcionários, convertendo-se na maior empresa da cidade. O município conta com três equipes de saúde, desde o ano 2013, antes da chegada do programa Mais Médico para o Brasil, só contava com uma equipe. As três equipes são rurais e tem uma cobertura de 100 % na estratégia de saúde da família, mais temos a debilidade que não temos hospitais, nem pronto atendimento, dependendo das redes de saúde de outros municípios. Ainda com esta cobertura temos muito para qualificar nosso trabalho, pois existe uma alta incidência de interaciones e encaminhamentos para outras especialidades, as principais causas são AVC, HAS, DM, e Infecciones Respiratórias. A Unidade de Saúde Rio dos Sinos, onde atuo, atende uma população

completamente rural, com difícil acesso geográfico, o que dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde, tem um total de 1852 habitantes cadastrados. Sua estrutura física corresponde com a definida para o desenvolvimento da ESF, temos uma recepção, três consultórios médicos e um odontológico, sala de vacinas, sala de curativos, sala de enfermagem, uma farmácia, e uma pequena sala administrativa.

A equipe está composta por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma assistente de odontologia, quatros agentes de saúde (ACS), um pediatra e um psicologista. A UBS oferece atendimento aos grupos priorizados, na segunda, quinta feiras, sexta feiras, na terça de tarde realizamos as visitas domiciliares e de manhã o atendimento as gestantes, e as três horas da tarde realizamos a reunião da equipe, para planejar o trabalho, além da demanda espontânea que se oferece nos dois turnos de trabalho.

Participam do acolhimento o recepcionista, a técnica de enfermagem e a enfermagem, algumas dificuldades como uma demanda maior as possibilidades de atendimento, são enfrentadas do dia a dia, de modo que o trabalho em grupo há sido sem dúvida uma alternativa de nossa equipe e ter tido ótimos resultados, trabalho que foi qualificado com o curso de Especialização na família.

Em relação a saúde da criança a equipe faz atividades de promoção da saúde para garantir o acompanhamento nas puericulturas, começando pela captação de recém-nascidos nos primeiros 7 dias de vida, e o posterior agendamento das consultas como estabelece o programa, mais ainda a forma de registro é inadequada e assem a cobertura não é ampla, existe uma maior procura por problemas agudos que por puericultura. Sendo este um desafio para nossa equipe.

A atenção pré-natal está sendo realizada com uma maior qualidade, existe um registro especifico das gestantes que permite manter um acompanhamento e seguimento correto, além de permitir a identificação das faltosas e as gestantes com risco, este atendimento é feito de forma programada, participando geralmente o médico e a enfermagem. Oferecemos palestras educativas, muito bem acolhidas pôr as gestantes e suas famílias, onde a participação da família a influenciado positivamente na modificação dos riscos.

Na atenção à saúde da mulher destaca-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, considerados os mais incidentes entre as mulheres. Na UBS, a organização, assim como os recursos para sua realização esta garantidos. Sobre a atenção das doenças crônicas como: hipertensão arterial

sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), realizamos atendimentos três vezes por semana, os registros destas ações são poucos e não são apropriados, pois faltam elementos importantes e os indicadores de qualidade e a cobertura são baixos, ter um adequado conhecimento de usuários hipertensos e diabéticos permitiria planejar ações dirigidas a resolver as dificuldades, por isso trabalhar neste sentido é um propósito da equipe.

Estamos tentando mudar e organizar melhor este atendimento, começando pela pesquisa ativa dos usuários afetados onde os ACS estão desenvolvendo um papel fundamental nas visitas domiciliares. A equipe também está verificando estes usuários que ainda não comparece a consulta ou simplesmente não tem diagnóstico, realizamos quinzenalmente palestras educativas na UBS, que tem como objetivo dar conhecimento aos usuários para que possam contribuir ao cuidado de sua saúde de forma responsável, e assim evitar as complicações que são próprias do descontrole das mesmas.

Em relação ao programa de atenção à saúde do idoso, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, a pesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Em nossa unidade de saúde todos os integrantes da equipe participaram no atendimento e avaliação Global da pessoa idosa, desenvolvemos ações de promoção da saúde das pessoas idosas, como trabalho em grupos, palestras educativas e outras que nos permitam tratar as principais prioridades destes atendimentos como são: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle de tabagismo, uso de álcool e outras drogas, redução de acidentes, prevenção de violência e estímulo a uma cultura de paz.

Dentre das ações que são realizadas estão às visitas domiciliares, fundamentalmente aos pacientes acamados, para seguimento de doenças crônicas ou agudas ou simplesmente para pacientes que precisam da integração de outros serviços, em conjunto oferecemos orientações as famílias sobre os cuidados além de atividades educativas que se dão no âmbito da UBS de forma quinzenal. Isto é só o início do caminho longo que se precisa para lograr um atendimento de qualidade, mas acreditamos que possa melhorar e ser alcançado com a vontade de todas as equipes e dos gestores da saúde. Nossa potencialidade está em contar com uma UBS reformada, com recursos básicos, com uma equipe completa que tem que integrar-

se, planejar, estudar, coordenar ações para fazer possível a qualificação dos atendimentos. Além de contar com cursos de superação profissional, como é sem dúvida O curso de Especialização em Saúde da Família.

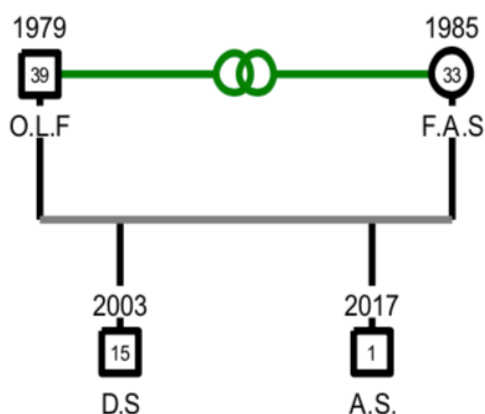
De uma maneira rápida vou a apresentar nos próximos capítulos do trabalho, o primer capítulo trata- se sobre um projeto de intervenção realizado na minha UBS, com o título: Trabalho em grupos para gestantes com fatores de risco para hipertensão arterial nas grávidas cadastradas na unidade de saúde Rio dos Sinos.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Esta família mudou-se para nossa área de saúde em outubro/2016. Imediatamente foi cadastrada pôr o agente comunitário, e planejada as consultas para garantir a integralidade do atendimento. Depois de fazer uma avaliação concluímos que se tratava de uma família funcional, onde se cumpria com as funções básicas da família, foram identificados os fatores de risco tanto individuais como coletivos e traçamos a estratégia de atendimento por parte da equipe.

Histórico Psicossocial: moram uma casa com boas condições estruturais, com higiene em forma geral adequada, com boa ventilação, com luz elétrica as 24 horas, com disponibilidade de água potável, tem animais domésticos (1 cachorro e um gato), tem um fumante (OLF). Per capita adequada também.

Figura 1: Genograma



RELATO DE CASO

FA 33 anos, mestiça, casada com OLF a 16 anos, peso: 60kg altura: 1.50 IMC: 26.6, com histórico pessoal de saúde de hipertensão arterial, com histórico obstétrico de gravidez 2 partos 1 (distócico por pré-eclâmpsia as 36 semanas) e aborto 0. Se diagnosticou a gravidez as oito semanas, foi planejada a primeira consulta pré-natal as 10 semanas, refere palpitações as vezes, nega outras queixas, sinais vitais PA:120/80, FC: 80 FR:20, todo o exame físico e negativo. Avaliou-se integralmente e classificou a gravidez de risco por hipertensão crônica e foram pedidos os exames do 1 er trimestre e estudo de HAS crônica, e foram dadas orientações precisas, como avaliação com odontologia, revisar vacinação, manter cuidados da gestante e indicou-se ácido fólico 5mg 1cp ao dia até 12 semanas e sulfato ferroso 40mg 1 cp de

12/12horas .Já na segunda consulta traz resultados de exame hb 12.3,glicemia 80,VDRL não reativa, VIH não reativa, equ negativa, urocultura negativa, Hepatite B negativa, toxoplasmose IgG e IgM negativo, colesterol total 250,triglicerídeos 160,creatinina 1,2,potássio 3,2,proteinúria de 24 horas negativo, ao exame físico tem PA:140/100 e palpitações, demais exame negativo. Neste caso diagnostica-se uma hiperlipidemia mista, com risco de pré eclampsia, avaliasse como uma gravidez de alto risco, encaminhada para consulta de alto risco e nutricionista, orientada sobre os alimentos que pode comer, colocasse tratamento médico com metildopa 250mg 1 cp de 12/12h.

Planejamos suas consultas quinzenalmente até as 28 semanas, cumprindo com todos os passos da consulta de pré-natal. Logo após a segunda consulta iniciou-se tratamento médico com medidas preventivas e o seguimento por consulta de alto risco, evitando que ela tivesse cifras altas de PA. Identifico se que depois de 3 meses de seguimento com a nutricionista foi possível baixar as cifras de colesterol a 180 e triglicerídeos a 90. Depois foram agendadas as consultas semanalmente até nascer o bebe. Ela foi avaliada também pela dentista, além de consulta de alto risco e as visitas domiciliares cumpridas por parte da agente comunitária e da enfermagem.

Ganhou com parto distócico por antecedentes de cesárea anterior por pré-eclampsia, graças a prevenção, diagnóstico, o tratamento da possível pré eclampsia pode evitar que este parto fosse antes do tempo como o parto anterior. AS nasceu de 40 semanas no hospital de Santo Antônio da Patrulha. Quando retornou a casa fizemos uma visita, onde encontramos uma família feliz com a chegada do bebe, foi planejada a consulta para a puérpera e para o recém-nascido aos 5 dias. O puerpério foi normal, depois se planejo consulta dentro de 42 dias que também se realizou satisfatoriamente onde planejamos o uso da pílula anticonceptiva adequada durante o período de amamentação.

DISCUSSÃO DE CASO

Neste caso se diagnosticou uma hiperlipidêmica por exames de laboratório, se identificou um risco de preclampsia por antecedentes de pré eclampsia anterior e agora teve PA 140/100, indicou-se tratamento médico imediato com metildopa 250 mg 1 cp de 12/12horas prevenindo que ocorresse novas cifras de PA alta. Ela apresenta dois riscos uns e o antecedentes de preclampsia e além tem uma dislipidemia mista.

Logo após a captação da gravidez começa o seguimento ambulatorial onde se realiza o seguimento de PA frequentemente em consulta e visitas domiciliares, e o mais importante foi o tratamento médico para prevenir uma pré-eclampsia depois de 20 semanas, com ajuda da nutricionista houve redução das cifras de colesterol e triglicerídeos evitando alimentos que aumentam os mesmos. Participou o grupo de gestantes do posto todos os meses onde se tratavam temas como pré-eclampsia em gestantes, como prevenir suas complicações e o tratamento médico.

A pré-eclampsia é a síndrome que ocorre unicamente nas mulheres grávidas caracterizando-se pelo aumento da PA, com cefaleia persistente, proteinúria, aumento exagerado de peso e edema em membros inferiores e no rosto.

CONCLUSÃO

Neste caso é muito importante as ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação em saúde ao diagnosticar a síndrome de pré eclampsia e ou prevenir que ocorra o mesmo. É importante identificar os sinais e sintomas de síndrome, como proteinúria, edema de membros inferiores, dor de cabeça, cifras elevadas de pressão arterial após as 20 semanas de gravidez, aumento excessivo de peso que pode dar uma visão de quando intervir a gravidez. Apesar de que ela tinha antecedentes de pré eclampsia e tinha cifras elevadas de colesterol e triglicerídeos evitou-se uma nova pré eclampsia e o parto foi ao término da gravidez.

A paciente reagiu satisfatoriamente ao tratamento e seguimento por nutricionista evitando cifras elevadas de PA, além de que teve um seguimento de alto risco ao mesmo tempo que tinha seguimento pôr a ESF. Se evitaram complicações na hora do parto como :parto prematuro, eclampsia, hematoma retroplacentario, deslocamento da placenta, insuficiência renal, edema pulmonar, síndrome de insuficiência respiratória, pancreatite, acidente vascular cerebral, deslocamento da retina, morte materna ou fetais, restrição do crescimento fetais, mobilidade neurológica a longo prazo, hipoxia-acidose, oligoamnio entre outras.

OLF tem 39 anos de idade, raça branca, casado com FA há 16 anos, fumante, com histórico de saúde familiar de hipertensão arterial, trabalha no mercado, mantém boas relações sociais, Amante de sua família. Ao exame físico só encontramos que o índice da massa corporal era 27. Orientamos exames de laboratório e não foram encontradas alterações, então explicamos para ele os riscos do cigarro e do

sobrepeso para a aparição de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e foram dadas orientações precisas como alimentação sana, exercício físico e sobre todo eliminar o habito de fumar. Planejamos a próxima consulta dentro de 3 meses. Passados isso três meses o paciente voltou a consulta e havia conseguido emagrecer 5kg, estava fazendo exercícios físicos mais relata que não consegue deixar de fumar aunque com a notícia de que a esposa estava grávida ele com certeza conseguiria. Ele sim dúvida diminuir o risco de HAS e planejamos sua consulta dentro de 6 meses e encaminhamos ao psicologista para integrar ao grupo de tabagismo que funciona no posto todas as sextas férias. Agora encontra se formando parte do grupo.

AS é uma criança de 5 meses, sua captação foi com 5 dias de nascido, compreendo com todos os passos da consulta e realizando os testes como corresponde, aos 15 dias se realizou Inter consulta com o pediatra e foi planejada sua consulta dentro de 15 dias mais e logo mensalmente. Sua evolução a sido satisfatória, com aleitamento materno exclusiva a livre demanda, com bom desarrollo psicomotor e com esquema de vacinas atualizado.

DS é o outro filho, tem 15 anos, histórico de saúde, estuda na escola municipal Marcial Ramos, foi planejada uma consulta para ele, mais a mãe refere que é sano que não precisa, explicamos a importância da consulta e será remarcada no período de férias escolar.

ARTIGOS AFINS AO MANEJO DOS CASOS

Se você tiver pré-eclâmpsia, tem que medir frequentemente a PA, fazer exame de urina para identificar se tem proteinúria, exame para funcionamento do fígado e hormônios tem risco para a vida da mãe e o feto tem que ser internada para receber remédios para controlar o problema. O médico poderá prescrever uma alimentação adequada com restrição de açúcar e sal. Bebê também será monitorado e a, qualquer sintoma, se tem retardo do crescimento, volume inadequado de líquido amniótico, o médico pode realizar o parto se tem perigo da vida para a mãe e o filho, que pode ser antes do tempo o tempo normal. A única "cura" para a pré-eclâmpsia é o nascimento do bebê. Mas a mãe tem que ter seguimento até na UTI, porque ainda tem risco para os dias seguintes.¹ O tratamento definitivo para a eclampsia e a indução do parto, mais não sempre e possível, pois a idade das grávidas não e a ideal, o final da

gravidez pode trazer complicações graves para a mãe e o feto. Por tanto é importante avaliar todas os riscos antes de fazer a cesárea ou prolongar a gravidez, devemos ter em conta a idade da mãe, a gravidade da doença e os riscos para o feto e a mãe. Se pode internar a mãe para um melhor seguimento no hospital até as 40 semanas sempre que possível.

É importante ter em conta que o tratamento com Enalapril, captopril e. Ada-la® são contraindicados na gestação. O controle da pressão arterial na gravidez deve ser feito somente sob orientação do ginecologista-obstetra. Para maturação pulmonar ou tratar o Síndrome de HELLP, se pode indicar prednisona e corticoides. A prevenção das crises convulsivas é importante e pode ser feita com a administração de sulfato de magnésio logo antes do parto.²

As complicações da pré-eclâmpsia também podem ocorrer pós-parto, principalmente nas primeiras 48 horas. O melhor tratamento e a expulsão da placenta, o tempo ideal para indicar o parto é crucial. Dentro da pré-eclâmpsia, o principal é a avaliação do risco para a mãe, mas às vezes o crescimento da criança pode estar diminuído com necessidade da indução do parto. No estudo a indução do parto reduziu o número de mulheres com hipertensão severa materna, reduzindo assim o risco de desfechos maternos graves sem afetar resultados neonatais, também diminuiu o risco de cesarianas com colo não maduro.³

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Há mais de um ano atuo no Programa “Mais Médicos para o Brasil” como médica da Estratégia de Saúde da Família da Unidade “Rio dos Sinos, Caráa, Rio Grande do Sul. E uma questão desafiadora para mim como profissional trabalhar neste município e conseguir os cuidados integrais das pessoas.

E realmente importante trabalhar na defesa da saúde e qualidade de vida das pessoas, já que com a adoção de um estilo de vida e hábitos mais saudáveis se favorece o aumento da produtividade por meio do desenvolvimento de ações preventivas nas unidades básicas de saúde, assim como seu entorno. As atividades de educação em saúde estimulam a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o engajamento da população, e sua participação, em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, através de ações educativas. Por tanto nosso principal objetivo é contribuir com a melhora da situação de Saúde e da qualidade de vida das famílias e população em geral⁴

DISCUSSÃO

A gravidez é um evento singular permeado por significados que vão além de questões meramente biológicas. Os aspectos sociais, culturais e simbólicos trazidos pela história de cada mulher, seu parceiro, família e comunidade fazem com que cada acontecimento desses seja um evento único.

A hipertensão gestacional aparece cerca de 10 a 15 % das gestantes. Alguns fatores podem oferecer mais riscos para o surgimento dela. Entre eles estão:

- Primeira gravidez: Cerca de 10 % das grávidas primíparas normotensas desenvolvem hipertensão gestacional, geralmente apresentando pressão arterial elevada após a vigésima semana, sendo mais frequente que nas multíparas.
- Sobrepeso: O ganho de peso excessivo da grávida tem impacto nela e tendo sido associado ao risco aumentado de hipertensão gestacional.

- Etnia negra: Em gestantes hipertensas o valor relativo para a raça negra aumenta.
- Outros fatores são a idade, tanto com mais de 35 anos quanto adolescente, além da história pessoal e familiar de pré-eclâmpsia e gravidez gemelar.

A hipertensão é classificada como gestacional sempre quando esta aparecer após as 20^a semanas numa mulher previamente sadia ou sem antecedentes de hipertensão arterial. Geralmente a hipertensão gestacional permanece durante a gravidez restante, mas frequentemente desaparece durante as 12 primeiras semanas após ganhar bebê.

Se isto não acontecer, a paciente é considerada hipertensa crônica. Cerca de 15% dos casos não apresentam resolução espontânea. O risco das mulheres com hipertensão gestacional para desenvolver hipertensão arterial crônica é 4 vezes maior, mesmo tendo normalização da pressão arterial após parto.⁵

Para diminuir esses riscos temos que trabalhar no desenvolvimento de ações que melhorem a qualidade da atenção pré-natal segundo o risco de cada grávida⁶. De acordo com Bezerra no Brasil ainda a eclampsia e a grande causa de muitas mortes maternas, isto ocorre por à falta de assistência pré-natal. Em Fortaleza em uma maternidade de referência, de um total de óbitos maternos um 41,2% foram secundários à hipertensão e um 64,1% por eclampsia. Ocorrendo a morte nas primeiras horas após chegada ao hospital⁷.

Por isso é importante o trabalho dos médicos de APS para detectar e evitar qualquer risco as complicações de hipertensão gestacional. Quem conduz os casos de PE é especialista em obstetra, e colabora no manejo de anti-hipertensivos e complicações cardiológicas e o médico cardiologista, aunque o tratamento definitivo da doença é a interrupção da gestação. Temos que ter em conta a IG, estado clínico materno e o bem-estar fetal - a decisão do momento da cesárea e o mais adequado para o bem-estar da mãe e da criança⁸. Em nosso município temos dificuldades com este seguimento já que as grávidas com suspeita de PE são encaminhadas para outros municípios porque não temos hospitais maternos nem os especialistas necessários.

CONCLUSÕES

Em minha ESF se executam um conjunto de ações para garantir um atendimento integral e humanizado à gestante e sua família, dentro dos quais podemos mencionar os seguintes:

- Realizamos levantamento periódico sobre o número de gestantes preferentemente aquelas em idade fértil, programamos e avaliamos ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal de alto risco).
- Desenvolver um programa de atenção obstétrica integral, que englobe as ações de acompanhamento pré-natal.
- Falamos para alcançar o início precoce do pré-natal (até as 12 semanas da gravidez).
- Instituir o uso do Cartão da Gestante, tendo em conta o risco da gravida, e planejamos as consultas sendo assim, de risco elevado consulta a cada 15 dias e de baixo risco mensal.
- Durante a captação da gravida indicasse, Exames: ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, VDRL, urina rotina e glicemia de jejum; Teste anti-HIV; sorologia para toxoplasmose; antígeno de superfície, eletroforeses de hemoglobina.
- Tratamos de diagnosticar, e acompanhar, por meio de nossa equipe, mulheres com intercorrências clínicas na gestação e/ou doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão, identificamos assim gestantes de risco e garantimos um atendimento no pré-natal de alto risco.
- Avaliamos as necessidades de realização do Papanicolau.
- Fornecemos atenção especial à adolescente gravida.
- Desenvolvemos grupos educativos e de orientação para alcançar o incentivo ao aleitamento materno, ressaltando sua importância por um período de 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses. Grupo que funciona uma vez por mês, e alentamos a todas as gravidas a praticarem.
- Fornecemos palestras sobre o estímulo ao parto normal, sobre hábitos saudáveis de vida; sobre sinais de alerta na gravidez e sobre os cuidados com recém-nascido.
- O grupo das gravidas funciona uma vez por mês no horário da manhã e por

uma hora, todas as grávidas são convocadas, mas nós fazemos força para que todas as que tem algum risco identificado de hipertensão participem de forma ativa, perguntem todas as dúvidas e aproveitamos para explicar todos os cuidados que elas devem ter, explicamos os sintomas de alerta de hipertensão para elas conhecer e se explica a importância da dieta.

- Nas consultas em particular com cada grávida, esclarecemos as dúvidas que elas têm, explicamos todos os riscos e complicações da hipertensão tanto para a mãe quanto para o feto, indicamos todos os exames que sejam necessários em cada caso, planejamos a próxima consulta.
- As agentes comunitárias de saúde fazem no mínimo uma visita por mês a cada grávida, com o objetivo de identificar qualquer problema com a família que possa interferir no desenvolvimento adequado da gravidez, além de ficar de olho nas grávidas que não estão vindo a consulta, conhecer os motivos da falta e caso necessário a equipe faz uma visita domiciliar.

4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar representa uma estratégia de reorientação da atenção básica do Sistema Único de Saúde. A mesma significa muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, apresentando-se como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção e prevenção, na manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva da sua família, meio ambiente onde se desenvolve e inserção na comunidade, além da integração dos familiares no processo do cuidado.⁹

Esta importante atividade do SUS oferece um enorme grau de humanização para o atendimento ao paciente e sua família, pela possibilidade de diminuir o tempo de internação nas unidades hospitalares, com otimização de leitos para doentes e diminuição das complicações decorrentes de longas internações hospitalares. Como consequência se traduz numa redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

A visita domiciliar é uma atividade que possibilita um desempenho resolutivo e integrado das equipes segundo as características específicas das famílias e comunidades adstritas sob sua responsabilidade com uma aproximação dos profissionais de saúde à realidade do local. Isto permite conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde- doença incluindo fatores sociais e econômicos.¹⁰

O processo de assistência domiciliar é complexo pois não é específico para nenhuma patologia, grupo de idade ou raça. Está relacionado com o grau de necessidade e/ou incapacidade do usuário; pode ser solicitada pelo paciente, familiar ou pelo sistema de saúde; podem coexistir cuidados assistenciais e sociais com uma parceria entre eles, além da colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária, hospitais de dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado com a Atenção Primária à Saúde. Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade.¹¹ Uma assistência domiciliar caracterizada pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações precisa a participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar. Isto constitui um aspecto fundamental para sua implementação. Portanto, a implantação da assistência domiciliar inclui:

- A reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, discussões sobre as diferentes concepções e abordagens à família.
- A articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada, e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.¹²

A visita domiciliar, como modalidade assistencial, tem vantagens. Permite uma maior aproximação do profissional de saúde, com o entorno de vida das famílias. Isso faz com que ela tenha superioridade sobre as atividades realizadas dentro da unidade de saúde. O domicílio é o contexto em que as desigualdades sociais ficam expressadas e se visualizam os riscos das condições de saúde-doença em aqueles casos onde se dificulta sua percepção pelos profissionais responsáveis.¹³

Na minha unidade de saúde, Rio dos Sinos, a visitas domiciliares são agendadas para terça féria de tarde, previa discussão do caso nas reuniões de equipe e segundo as necessidades da população, participam o médico, a enfermagem, o agente comunitário e o psicologista quando precisar. Brindamos prioridade a pacientes acamados, a pacientes com DCNT, pacientes com sequelas, puerperais e recém-nascidos nos primeiros 10 dias, lactentes que faltam a consultas ou vacinas, pacientes com doenças agudas, e também visitas a pacientes que precisam da ampliação das redes de apoio, e outras famílias consideradas como casos sociais relevantes.

As doenças agudas estáveis e altas hospitalares recentes também formam parte de agendas para visita domiciliar. O contato com o cuidador tem importância para o conhecimento dos procedimentos a seguir no domicílio por ele. A saúde pré-natal da mãe tem reflexo nos posteriores problemas sociais e emocionais da criança. Importância fundamental tem a assistência domiciliar na grávida como parte de promoção e prevenção em saúde. Nas visitas realizadas às gestantes em nossa área de abrangência, as mesmas são avaliadas de forma integral, conjuntamente com o entorno no qual se desenvolve.

Com estas atividades se consegue reduzir risco e resultados adversos para a saúde tanto da mãe quanto o desenvolvimento do feto. A presença do profissional de saúde no meio familiar detecta precocemente a vulnerabilidade para violências, consumo de substâncias e distúrbios mentais que pode se associar a maus tratos a crianças no futuro.¹⁴ A avaliação familiar dentro do entorno nos permite traçar metas

e brindar orientações gerais e nutricionais que vissem a mudança de estilo de vida. Orienta-se a importância das consultas programadas e das visitas domiciliares com maior frequência.

Na reunião da equipe cada semana fazemos avaliação e seguimento do caso e comprovamos se as metas foram cumpridas. Em nossa prática percebemos uma melhora no vínculo dos profissionais com as famílias, maior controle e conhecimento dos casos pela equipe, maior comprometimento dos profissionais com o Programa, aumento das visitas de profissionais não- médicos, e diminuição dos chamados de urgência.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização foi um desafio muito grande para todos nós, tanto pelo idioma como pôr a qualificação das ações de saúde que realizamos no dia-a-dia, mesmo assim, enfrentamos com todo o amor para adquirir maior conhecimento do funcionamento da estratégia de saúde no Brasil e brindar à melhor atenção a população brasileira. O curso tem me fornecido muitas experiências no âmbito pessoal, pois hoje posso falar que tem melhorado muito meu português e tenho aprendido coisas novas na saúde da família.

No município Caráa, onde trabalho desde setembro de 2016 se trabalhava com um modelo assistencialista, foi com a criação do programas Mais Médicos que no município se formarem três equipes de saúde, por tanto os conhecimentos sobre o trabalho na estratégia de saúde da família, eram poucos, tanto para os trabalhadores como para os usuários, que só buscavam soluções na atenção secundária e terciária, pois não conheciam nem acreditavam na promoção e prevenção e educação de saúde, foi um trabalho intenso, porque até a mentalidade dos gestores precisou ser trocada, e foi o curso uma ferramenta importante para guiar e ajudar, não só ao médico, se não a todos os membros das equipes que de uma maneira indireta eram seguidores do curso, lutando por organizar, reflexionar e criar novas estratégias de trabalho que permitiriam brindar qualidade de vida a nossa população. Enfim, a Atenção Básica de Saúde do município vem trabalhando no decorrer deste ano em busca de mudanças nos Modelos Assistenciais e continuará implementando as ações porque unidos podemos logra-lo.

Na nossa prática clínica, frequentemente nos deparamos com problemas, que apoiado nos conteúdos aprendidos no curso já podem resolvê-los, sem esquecer os três critérios da bioética: beneficência, autonomia e justiça. Em todo este tempo estudamos como melhorar o atendimento aos pacientes, buscando a excelência nos serviços que brindamos, criando oportunidades para que os profissionais da equipe se motivem em discussões de temas. Está claro também que, o estudo dos Casos Complexos fomentou um ambiente de trabalho sábio e colaborativo.

A maneira de conclusão vale citar um exemplo de como nosso trabalho há sido melhorado e como vamos alcançando metas que pareciam inatingíveis, a Atenção Pré-natal no município que era só realizada em clinicas privadas, motivo pôr o qual, muitas mulheres chegavam ao final da gravidez sem atenção pré-natal, porque não

tinham dinheiro para pagar, este programa começou a funcionar em todas as equipes, mesmo faltando um ginecologista, e hoje podemos falar que o ano passado a mortalidade infantil no município foi 0, ainda enfrentando grandes dificuldades como: problemas na realização de exames e ecografias obstétricas, encaminhamentos a serviços especializados, difícil acesso geográfico. Isso há sido possível, pelo trabalho em equipe e pelos conhecimentos adquiridos no curso a través da implementação dos protocolos mostrados. Cabe mencionar também os programas de Puericultura, Pesquisas do câncer de mama e de colo e atenção ao paciente Idoso.

Também quero ressaltar a troca de experiência com outros profissionais envolvidos no programa a través dos diferentes espaços do curso como fórum, outra coisa que nos tem sido de muita ajuda foi a comunicação com o tutor que sem ele não seria possível avançar até aqui e que tem nos proporcionado uma experiência única inesquecível.

E gratificante saber que consegui chegar até o final e vencer meus próprios medos mais se ressaltam a importância de continuar brindando os cursos de Especialização em Saúde para o resto dos integrantes do Programa, em função do ganho de qualidade na Atenção Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREITAS, Fernando et. al. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Artmed.2006. 5-
<https://www.mdsaude.com/2015/04/hipertensao-na-gravidez.html>

6 -Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de Baixo Risco. 1ra edição. 2do reimpressão. Brasília.DF. 2013.

Bezerra EHM, Alencar Junior CA, Feitosa RFG, Carvalho AFA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27 (9): 548-53.

Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183: S1-S22.

MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde. Rev. Bras. De Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, IV (2), 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da família e programa de Agentes Comunitários de Saúde. DOU de 22 de out.de 2011 a

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. BrasSauMaternInfant2003; 3(1): 113-25. Vo contexto, com ideias criativas e desafiantes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No 2.029 de Agosto de 2011. (Institui a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

EGRY E FONSECA. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho em saúde coletiva. Rev. Esc. USP, v.34, n.3, set. 2000.

Programas de visita domiciliar nos períodos pré-natal e pós-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (do nascimento aos 5 anos de idade) <http://www.encyclopedia-crianca.com/visita-domiciliar/segundospecialistas/programas-de-visita-domiciliar-nos-periodos- pre-natal-e-pos>.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ARIANNA GONZÁLEZ LANTIGUA

**TRABALHO EM GRUPOS PARA GESTANTES COM FATORES DE RISCO PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ, CADASTRADAS NA UNIDADE DE
SAÚDE RIO DOS SINOS**

PORTO ALEGRE - RS

2018

RESUMO

Uma proposta interessante para trabalhar com gestantes com fatores de risco para hipertensão na gravidez, cadastradas na atenção pré-natal na Unidade de Saúde de Rio dos Sinos, para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais, é o trabalho em grupos. Neste estudo apresentamos o trabalho em grupos como alternativa de abordagem para equipes com dificuldade para o atendimento ou acompanhamento das pacientes grávidas com fatores de risco para doenças como hipertensão arterial. Elegemos os grupos de risco e não a mulheres com esta doença porque são as que mais se beneficiariam desta abordagem. Nosso objetivo é proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão e minimizar os danos fetais, desde reduzir a hipóxia até prevenir o óbito fetal. Para isso é importante um atendimento de qualidade que vincule as pacientes aos profissionais e desta forma diminuir a morbimortalidade desta população. Utilizaremos como método de avaliação os níveis da pressão arteriais tomadas às primeiras e segundas consultas, que serão realizadas mensalmente.

Descritores: Trabalho em grupos, fatores de risco, Hipertensão na gravidez.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem registrado importante redução na mortalidade materna desde o início da década de 90. A taxa de mortalidade materna era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2007, após menos de duas décadas, declinou para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de quase 50%. Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deveria apresentar igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015. Os óbitos maternos por hipertensão já foram reduzidos em 62,8% (BRASIL, 2013).

Com a chegada do programa Mais Médicos no Brasil, o município Caraá, como tantos outros, teve a oportunidade de consolidar a Estratégia de Saúde da Família, programa que não conseguia se desenvolver pela falta de profissionais e/ou a instabilidade de permanência dos mesmos. A partir de setembro de 2013 foram criadas as duas equipes de saúde do município, e desde então, trabalhamos para melhorar os indicadores de saúde do município. Uma das ações é o Programa Materno-Infantil, embasado nos princípios e diretrizes do SUS. Foi-se necessário sistematizar aspectos relacionados com a organização dos serviços e as práticas da atenção primária.

O município de Caraá originou-se da emancipação de Santo Antônio da Patrulha, decretada em 28 de dezembro de 1995, através da Lei Estadual número 10.641 e instaurada no dia 1 de janeiro de 1997. Com uma extensão de 292,5km², fica situado na Região do Litoral Norte do estado Do Rio Grande do Sul, entre a serra, a cidade e o mar, limitando se ao norte, com o município de maquine, ao sul a Santo Antônio da Patrulha, a leste com Osório, e a oeste com Riozinho. A população total do município é de 7403 habitantes de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2016). Buscar uma maior qualidade da atenção e melhorar a capacidade de todos os membros da equipe tem sido prioridade da nova reestruturação das ações.

Tem-se desenvolvido diversos avanços através de seminários, reuniões e discussões de casos. O trabalho em grupos é uma das metodologias utilizadas, o que permite um trabalho dinâmico, contínuo, integral e com a participação de todos os membros da equipe, pacientes, familiares, e demais cidadãos da comunidade interessados. A proposta é aperfeiçoar este trabalho e atender as mulheres com ou sem risco e obter o melhor retorno possível, tanto à mãe como ao feto, diminuindo assim a morbimortalidade Materno-Infantil.

PROBLEMA

Dificuldades de acesso e acompanhamento as mulheres com risco de hipertensão arterial na gravidez, cadastradas na Unidade Básica de Saúde Rio dos Sinos.

JUSTIFICATIVA

A Unidade de Saúde Rio dos Sinos atende uma população completamente rural, com difícil acesso geográfico, o que dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde, tem um total de 1852 habitantes cadastrados, dos quais 704 são mulheres em idade fértil, para um 25,52% da população. No programa de atenção pré-natal temos 26 mulheres cadastradas, 4 no primeiro trimestre, 12 no segundo trimestre e 10 no terceiro trimestre, e de elas 5 estão classificadas sim risco e 21 com risco, prevalecendo os riscos para hipertensão arterial e diabetes mellitus. Estas mulheres precisam de tratamento e acompanhamento de todos os membros da equipe, o nosso maior problema é no acesso e com ele a prevenção aos efeitos da hipertensão na gravidez.

Em nossa unidade trabalhamos sempre com uma demanda maior a nossas possibilidades de ofertas, pôr o que o trabalho em grupos é uma estratégia que nos permite realizar atividades de promoção e prevenção de saúde com uma maior mostra de participantes, prestando um atendimento de qualidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Acompanhar as mulheres com risco para hipertensão arterial na gravidez, cadastradas na Unidade de Saúde Rio dos Sinos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a totalidade das mulheres com risco para hipertensão arterial na gravidez, cadastradas em nossa área de vigilância.
- Acompanhar a totalidade das pacientes identificadas, disponibilizando acesso ao atendimento desde o primeiro trimestre da gravidez e com a frequência estabelecida segundo Cronograma de Atenção Pré-natal.
- Reduzir os riscos de agravo da hipertensão na gravidez, tanto para a mãe como ao feto, promovendo atividades de promoção e prevenção a saúde.
- Monitorar e avaliar os resultados do trabalho em grupos, com as mulheres identificadas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão na gravidez

A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma importante complicação da gestação, estando entre as primeiras em desenvolvimento. (Cadernos de atenção básica. Atenção ao Pré-natal de baixo Risco. Brasília – DF- 2013.) Os dados do ministério de saúde mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos, com uma taxa de 140–160 mortes maternas por 1000 nascidos vivos. (Cadernos de atenção básica. Atenção ao Pré-natal de baixo Risco. Brasília – DF- 2013.)

A definição de Hipertensão na Gravidez considera os valores absolutos de Pressão Arterial (PA) sistólica >140 mmhg e/ou Diastólica de >90 mmhg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase Korotkoff. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal. (Cadernos de atenção básica. Atenção ao Pré-natal de baixo Risco. Brasília – DF- 2013.)

A Síndrome Hipertensiva Gestacional pode ser classificada nas seguintes categorias: (Cadernos de atenção básica. Atenção ao Pré-natal de baixo Risco. Brasília – DF- 2013.) Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação, no período que precede a 20 semanas de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houve dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.

Hipertensão gestacional: aumento a pressão arterial que ocorre após a 20 semana da gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza as primeiras 12 semanas de puerpério, podendo por isso, ser definida como transitória, embora a condição recorra em 80 % das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro.

Quando a hipertensão persiste é denominada como crônica. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia.

Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24 horas), após 20 semanas de gestação, em gestante

normalmente normotensa. É uma desordem multisistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.

Eclampsia: corresponde a pré-eclampsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. Pré-eclampsia superposta a HAS crônica: é definida pela elevação da PA, a qual se agrega proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.

Dentro das síndromes hipertensivas gestacionais deve-se dar uma atenção especial a pré-eclâmpsia ou doença hipertensiva específica da gravidez que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica e está associada aos piores resultados, maternos e perinatais (BRASIL, 2000). A fisiopatologia da pré-eclâmpsia ainda não é totalmente conhecida, mas sabe-se que se trata de uma patologia multifatorial, tendo sido descrito fatores imunológicos genéticos e ambientais para a sua instalação. Levando ao acometimento de vários órgãos maternos (RUGOLO, BENTLIN, TRINDADE, 2011).

Em uma gestação normal, as artérias espiraladas uterinas são transformadas de vasos de alta resistência em vasos de baixa resistência para prover uma adequada implantação e crescimento do feto e isso se dá pela invasão trofoblástica das camadas arteriais (RUGOLO, BENTLIN, TRINDADE, 2011).

Nas mulheres que desenvolvem a pré-eclâmpsia, a invasão trofoblástica deixa de ocorrer, ou ocorre de maneira inadequada, resultando em vasos de alta resistência e circulação placentária com baixo fluxo. A isquemia placentária e a hipóxia determinam lesão do endotélio vascular, agregação plaquetária bem como obstrução do fluxo sanguíneo placentário. A hipóxia placentária também aumenta a produção de peróxidos lipídicos que prejudicam a síntese de prostaciclina, potente vasodilatador. A síntese do óxido nítrico potente vasodilatador parece também estar afetada na pré-eclâmpsia (RUGOLO, BENTLIN, TRINDADE, 2011).

A pré-eclâmpsia é uma doença bastante peculiar, uma vez que ocorre principalmente em primigestas em países desenvolvidos, ela é observada em cerca de 6% das gestantes sendo 2 ou 3 vezes maior em países subdesenvolvidos. Suas manifestações clínicas podem ser definidas pelo desenvolvimento gradual de

hipertensão, proteinúria e edema generalizado. (PASCAL, 2002). O surgimento de formas graves é dividido em: a eclampsia quando surgem as convulsões tônico-crônicas generalizadas e/ou coma, em gestante, na ausência de doenças neurológicas que a justifiquem. A outra forma severa da pré-eclâmpsia é a Síndrome HELLP foi relatada pela primeira vez na década de 50 e em 1982 Weinstein definiu o acrônimo HELLP aonde H significa hemólise EL elevação das enzimas hepáticas e LP Plaquetopenia (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005) Sibai et al. definiram os parâmetros laboratoriais para a caracterização desta evolução grave da pré-eclâmpsia em:

Hemólise:

Esfregaço de sangue periférico com presença de esquizófitos.

Dosagem de bilirrubinas totais >1,2 mg/dl.

Desidrogenase láctica (LDH) >600 U/L.

Elevação de enzimas hepáticas.

Aparato aminotransfera sérica (AST ou TGO) >70 U/L.

Plaquetopenia.

Contagem de plaquetas <100.000/mm³

3.2 Fatores de risco da hipertensão na gravidez

Os fatores associados ao aumento do risco para o desenvolvimento de hipertensão gestacional foram (BRASIL, 2000): Ser primigrávida; histórico de pré-eclâmpsia em uma gestação anterior; tecido placentário excessivo, conforme visto nas mulheres com DTG, e gestações múltiplas; história familiar e pré-eclâmpsia (mãe com histórico de diabetes mellitus, hipertensão arterial ou doença renal).; mulheres com nutrição inadequada; obesidade; raça e extremos etários inferiores há 17 anos ou superior a 35 anos.

3.3 Trabalho em grupos

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização

dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. O trabalho dos profissionais de saúde se desenvolve direta ou indiretamente vinculado a grupos humanos. Em diversas situações, estão presentes as influências da interação destes com grupos sociais (família e comunidade).

O modelo de reuniões em grupos tem sido uma forma adequada de auxiliar na promoção da compreensão de situações enfrentada pelo indivíduo, como a gestante. A participação dos casais e de sua família com enfoque em esclarecer dúvidas, tranquilizar os temores e orientar sobre as modificações fisiológicas da gravidez, sobre o processo da parturição e sobre os cuidados com o recém-nascido favorece a troca de experiências e ajuda a desfazer o ciclo de ansiedades e temor (BARRETO, 2003.).

Um grupo é um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica. No cumprimento e desenvolvimento das tarefas, deixam de ser um amontoado (agrupamento) de indivíduos para, cada um, assumir-se enquanto participante de um grupo com um todo. Cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, mesmo com objetivo comum grupal (papéis desempenhados pelos participantes) (BARRETO,2003.)

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias (ANDER-EGG, ANO 2000).

As atitudes do profissional de saúde se manifestam na identificação dos problemas que necessitam de um trabalho de educação em saúde, ao considerar o sujeito portador de necessidades como biológico, social e subjetivo e histórico. Além disso, a responsabilização pela manutenção do grupo é uma atitude importante, frente às expectativas do usuário.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencionar, onde buscar-se-á estudar as pacientes com riscos identificados para desenvolver hipertensão na gravidez, visando modificar a curto e médio prazo o estado destas pacientes.

Primeiro serão identificadas as pacientes cadastradas na atenção pré-natal com riscos para desenvolver hipertensão na gravidez e serão divididas em dois grupos que deverão avaliar os prontuários e convidar as pacientes a participar das atividades do grupo, que se reunirá uma vez por mês.

A equipe que trabalhará com o grupo será composta de: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 Agente Comunitário de Saúde, 1 Nutricionista e 1 psicólogo.

Será realizado um encontro com as pacientes com duração de 1 hora, para cada grupo por mês, com uma hora restante para discussão e avaliação da equipe do encontro e planejamento para o encontro do próximo mês, definindo o papel e atribuições para cada participante. No encontro além da abordagem em educação em saúde deverão ser esclarecidas questões sobre a doença, fatores de risco, cuidados clínicos como verificação pressão arterial, peso, altura, IMC, solicitação de exames (perfil hipertensivo completo). Outras questões como exercícios para o alívio das dores e desconforto, prevenção de disfunções, como as musculoesqueléticas e uroginecológicas.

Estima-se que 100% das pacientes participarão na atividade grupal, com início em dezembro de 2016.

5. CRONOGRAMA

| Procedimento | D ez | J an | F ev. | M arço | A bril | M aio | J unho |
|--|---------|---------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Identificar as pacientes com risco para hipertensão na gravidez e dividi-las em dois grupos. | + | | | | | | |
| Apresentação do projeto para a equipe e entrega as listas com os dados das pacientes que participarão em cada grupo. | + | | | | | | |
| Planejamento das atividades a desenvolver em cada encontro por parte da equipe. | | + | | | | | |
| Entrega dos convites às pacientes por parte dos agentes comunitários de saúde. | | + | | | | | |
| Trabalho em grupo com o primeiro grupo. | | | + | + | + | | |
| Trabalho em grupo com o segundo grupo. | | | + | + | + | | |
| Avaliação dos níveis de pressão das pacientes. | | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Avaliação do projeto pôr a equipe. | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

6. RECURSOS NECESARIOS

Profissionais: Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS, Nutricionista e Psicólogo.

- Listas com as pacientes identificadas com risco;
- Sala para realização de trabalho em grupos;
- Esfigmomanômetro DIGITAL;
- Balança;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários das pacientes presentes na atividade.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Compartilhamento de vivências e conhecimentos.
- Viabilizar atendimento a um grupo específica com risco para hipertensão na gravidez, diminuindo a morbimortalidade materna- infantil.
- Acompanhar a um maior número de gestantes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar seu estrato de risco.
- Contribuir ao conhecimento das pacientes sobre o risco da hipertensão na gravidez em forma participativa e coletiva.
- Acordar compromissos para melhorar a situação da saúde para cada paciente.
- Acompanhar as pacientes em suas responsabilidades com relação a seu próprio risco.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDER-EGG, A. S. Educar em direitos humanos: construir democracia. In: OMISTE et al. Formação de grupos populares: uma proposta educativa. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
- Associação Médica Brasileira. Projetos diretrizes. Hipertensão na gravidez [sitio na Internet]. 2003 [citado 2005 jul 11]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>.
- BARRETO, M. F. Dinâmica de grupo: história, prática e vivências. Campinas: Alínea; 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco, Manual Técnico. 3ªed. Brasília,-2000
- BERSTEIN, M. Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L.C. et al. Grupoterapiahoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986
- BEZERRA, Elmiro Hélio Martins [et. al.]. Mortalidade Materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade- escola. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.27, n.9, 2005
- Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Pregnancy-induced hypertension and the neonatal outcome. Acta Paul Enferm 2008; 21: 53-8.
- Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR et al. Síndrome hipertensiva na gestação e repercussões perinatais. Rev Bras. Saúde Matern Infant. 2006; 6: 93-8.
- Pascal IF Hipertensão e Gravidez Rev Bras Hipertens 9: 256-261 2002
- Peraçoli JC, Parpinelli MA Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27: 627-34.
- Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183(1):S1- S2
- Rugolo LMSS, Bentlin MR, Trindade CEP. Preeclampsia: Effects on the fetus and newborn. Neoreviews 2011; 12: 198-206. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? Am J Obstet Gynecol. 1990;162(2):311-6.

Teng, Y. C., Q. D. Lin, et al. (2009). "Coagulation and fibrinolysis related cytokine imbalance in preeclampsia: the role of placental trophoblasts." *J PerinatMed* 37(4): 343-8.

Ministerio da saúde.Brasil. Cadernos de atenção básica. Atenção ao Prenatal de baixo Risco. Brasília – DF- 2013

Ministério da Saúde/FUNASA/CENEP. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.