

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO TÉCNICO ESPECIAL DE ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL
ENF
0004

CEFET - UE Joinville



0108

REL ENF

Relatório de estágio

0004

ISMAEL JOSÉ LINO

JOINVILLE, AGOSTO DE 1998.

CEFET-SC BIBLIOTECA

ETFSC
Gerência Educacional de
Joinville
Biblioteca Temática

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

ETFSC
Gerência Educacional de
Joinville
Biblioteca Temática

CURSO TÉCNICO ESPECIAL DE ENFERMAGEM

ISMAEL JOSÉ LINO



Escola Técnica Federal de Santa Catarina

Diretoria de Relações Empresariais – DRE

Coordenação do Serviço Integração Escola-Empresa – SIE-E

ANÁLISE DE RELATÓRIO

(Nº Protocolo: 00701 Data:29/03/99)

Matrícula Inicial : 2/96	Prazo p/ conclusão do curso: 1/2000
ESTAGIÁRIO: ISMAEL JOSÉ LINO	
Nº de Matrícula: 9620025-6	Fone Contato: (047) 434-1671
CURSO: ENFERMAGEM (59)	
Empresa 1: FETESC	
Empresa 2:	

ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO

Aprovado em: 30/03/99

Pendente: ___ / ___ / ___

Termo de Compromisso Ficha de Avaliação/Declaração de Carga Horária

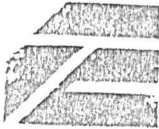
Programa de Estágio Declaração de Carga Horária

Comunicação da Pendência: ___ / ___ / ___

Pessoa Contatada: _____

Data para Retorno: ___ / ___ / ___

Ass. do Analista: 



ANÁLISE DE RELATÓRIOS

ESTAGIÁRIO: Ismael José Lino

Nº PROTOCOLO:

PERÍODO DE ESTÁGIO: 24/02/97 a 16/12/98

CURSO: téc. Sa. F. e. M. e. S. e. M.

EMPRESA: Fefesc

CARGA HORÁRIA: 738 horas

TELEFONE: 047 434 1671

ANÁLISE DE REDAÇÃO

RELATÓRIO APROVADO EM: / /

ASS. ANALISTA:

CONCEITO:

ANÁLISE DO CONTEÚDO TÉCNICO

RELATÓRIO APROVADO EM: 25/03/99

Marcia Bet Kohls
MARCIA BET KOHLS
ENFERMEIRA
COREN-SC 30953

CONCEITO: Bom

O RELATÓRIO DE ESTÁGIO NÃO FOI APROVADO PELOS SEGUINTE MOTIVOS:

1- DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA:

3 - ANÁLISE TÉCNICA:

2 - ANÁLISE DE REDAÇÃO:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

Estagiário(a): ISMAEL JOSÉ LINO

Curso Técnico de: ENFERMAGEM

Formatura: 2º Semestre/19 98

Empresa: FETESC

Tel (048) 224 - 1500

Endereço: (Rua, Av.) MAURO RAMOS, N.º 950 BAIRRO CENTRO

Complemento:

Cidade: FLORIANÓPOLIS UF: SC CEP: 88020-300

Área/Setor de Estágio: ENFERMAGEM

Nome do(a) Supervisor(a) de Estágio: ANNA GENY BATALHA KIPEL

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO(A) ESTAGIÁRIO(A)

CONCEITOS: MB = muito bom B = bom R = regular D = deficiente

FATORES

GRADUAÇÕES

MB B R D

- | | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01. RELACIONAMENTO: | Considere a capacidade do Estagiário de bem conviver com os demais colegas de trabalho | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. RESPONSABILIDADE: | Considere o zelo pela documentação, uso de equipamentos e materiais, além do cumprimento de tarefas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. OBJETIVIDADE: | Considere a escolha adequada para atingir determinada meta, dentro de várias possibilidades. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. INTERESSE: | Considere a participação ativa com empenho para desenvolvimento das tarefas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. INICIATIVA: | Considere o desenvolvimento das atividades sem dependência de outras pessoas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. COOPERAÇÃO: | Considere o auxílio que presta aos colegas, a maneira como acata as determinações | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. ASSIDUIDADE | Considere o comparecimento regular ao trabalho. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. PONTUALIDADE: | Considere a precisão no cumprimento da jornada de trabalho. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. QUALIDADE DE TRABALHO: | Considere a exatidão, apresentação e ordem nas tarefas propostas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. CONHECIMENTO TÉCNICO: | Considere a capacidade em aplicar seus conhecimentos teóricos para melhor desenvolvimento do trabalho | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE APOIO E EXTENSÃO
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, CGC/MF:80.485.212/0001-45 estabelecida em Florianópolis, representada pelo Senhor Vilmar Coelho na qualidade de Diretor Executivo e o ESTAGIÁRIO

ISMAEL JOSÉ LINO matriculado na 293949 fase do Curso Técnico de Enfermagem e a ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais Valéria Magalhães Rodrigues, na qualidade de Coordenadora do Serviço de Integração Escola-Empresa acertam o seguinte na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/77 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82:

Art. 1º - O ESTAGIÁRIO desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

Art. 2º - A ETF/SC elaborará o programa de atividades a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO, em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

Art. 3º - O estágio será de 738 (setecentas e trinta e oito) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
270 h	HMSJ - HDH - HR - COSAG - F.Pró Rim	24.02.97 a 04.07.97
234h	HR - HDH - HMSJ - Amb Rede Municipal	03.09.97 a 09.12.97
234h	MDV - HDH - Amb Rede Municipal - IPQ - CAPS	08.04.98 a 15.07.98

Parágrafo 1º - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

Parágrafo 2º - Tanto a EMPRESA quanto o ESTAGIÁRIO poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o estágio, mediante comunicação por escrito.

Art. 4º - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como supervisor interno o(a) Sr(a).....ANA GENY BATALHA KIPEL.....ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO.

Art. 5º - O ESTAGIÁRIO declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

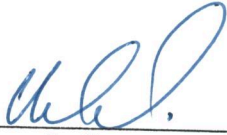
Art. 6º - O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação de estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.


Art. 7º - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o ESTAGIÁRIO não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando aquele, segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o estágio pela apólice no. 261309 da Companhia MINAS BRASIL.

Art. 8º - A EMPRESA se compromete a conceder ao ESTAGIÁRIO uma bolsa auxílio mensal no valorde R\$ _____.

Art. 9º - Fica firmado o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 12 de junho de 1997.


Vilmar Coelho
Diretor Executivo


Valéria Magalhães Rodrigues
Coordenadora do SIE-E/ETFSC


Estagiário


Testemunha



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE APOIO E EXTENSÃO
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a) ISMAEL JOSÉ LINO

Supervisor na Empresa: ANNA GENY BATALHA KIPEL

Matrícula: 9620025 - 6 Curso Técnico de Enfermagem - Form: 1998/1º Sem.
COREN 38567

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. H.M.S.J. - H.D.H. - HR	240297 a 310397	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM	270h
C.O.S.A.G e Fund. Prô-Rim	230597 a 040797	CLÍNICA MÉDICA	
2. H.M.S.J - H.R. - H.D.H	030997 a 091097	CLÍNICA CIRÚRGICA	
Ambulatórios da rede municipal	111197 a 091297	SAÚDE PÚBLICA	234h
3. MDV - HDH - Amb. Rede Mun HDH - HMSJ IPA - CAPS	08/04/98 a 28/05/98 01/07/98 a 15/07/98 22/06/98 a 30/06/98	Enfermagem materno infantil Nódes de Administração Enfermagem Psiquiátrica	234h

Ismael José Lino
Estagiário(a)

Anna Geny Batalha Kipel
Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo

Maria Tischer
Coordenador do Curso
Assinatura e Carimbo

H.M.S.J = Hospital Municipal: São José

H.R = Hospital Regional

H.D.H = Hospital Dona Helena
COORD. CURSO TÊC. ENFERM-
COREN 39587

C.O.S.A.G = Centro Oftalmológico Sadalla Amin Ghanem

DADOS DO ESTAGIÁRIO

ALUNO: **Ismael José Lino**
DATA DE NASCIMENTO: 07/07/72 LOCAL: Francisco Alves U.F.: PR
CURSO TÉCNICO: **Enfermagem**
MATRÍCULA: **9620025-6**
TURNO EM QUE CURSOU: **vespertino** FORMATURA (Ano/Semestre): **98/2º**
ENDEREÇO: (Rua, Av.) Rua Alfredo Hille nº 500
Bairro: Itinga Cidade: **Joinville** CEP: **89.228-250** UF: **SC**
TELEFONE: **(047) 434-1671 ou 434-2389**

DADOS DO ESTÁGIO

CARGA HORÁRIA TOTAL: **738** HORAS.
EMPRESA: **Fundação de Ensino Técnico de Santa Catarina**
ENDEREÇO: **Av. Mauro Ramos, 950 – Florianópolis – SC**
PERÍODO: DE **24/02/97** A **15/07/98**
DEPARTAMENTO, SECÇÃO OU DIVISÃO ONDE ATUOU: **Hospital Dona Helena, Hospital Municipal São José, Maternidade Darcy Vargas, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Secretaria Municipal da Saúde, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 EMPRESAS	06
2.1 HOSPITAL DONA HELENA	06
2.1.1 Histórico	06
2.1.2 Características institucionais	06
2.1.3 Clientela atendida	07
2.2 HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	07
2.2.1 Histórico	07
2.2.2 Características institucionais	08
2.2.3 Clientela atendida	09
2.3 HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	09
2.3.1 Histórico	09
2.3.2 Características institucionais	09
2.3.3 Clientela atendida	10
2.4 MATERNIDADE DARCY VARGAS	10
2.4.1 Histórico	10
2.4.2 Características institucionais	11
2.4.3 Clientela atendida	12
2.5 SECRETARIA DA SAÚDE	13
2.5.1 Características institucionais	13
2.6 INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA	14
2.6.1 Histórico	14
2.6.2 Características institucionais	15
2.6.3 Clientela atendida	16

3 ESTUDO DE CASO – DHEG - DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ	17
3.1 APRESENTAÇÃO	17
3.2 ANAMNESE	17
3.3 EXAME FÍSICO	18
3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – DHEG (DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ).....	18
3.4.1 Conceito da patologia	18
3.5 ETIOPATOGENIA	18
3.6 FISIOPATOLOGIA	22
3.6.1 Classificação	25
3.6.2 Quadro clínico de evolução	25
3.7 SINTOMATOLOGIA	25
3.8 TRATAMENTO MÉDICO DA DHEG	27
3.8.1 Internação	27
3.8.2 Repouso	27
3.8.3 Dieta	28
3.8.4 Terapêutica medicamentosa	28
3.9 TRATAMENTO OBSTÉTRICO DA DHEG	30
3.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	31
3.11 ORIENTAÇÕES À PUÉRPERA PÓS ALTA HOSPITALAR	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5 CONCLUSÃO GERAL	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO

Após os blocos teóricos, oferecidos durante o período de dois anos do Curso Técnico Especial de Enfermagem, realizaram-se os estágios nas seguintes instituições de Joinville, as quais cito:

- Hospital e Maternidade Dona Helena, situado à rua Blumenau, número 123, Joinville-SC, onde realizaram-se, na Ala E, o estágio de Fundamentos de Enfermagem, supervisionado pela enfermeira Elizabeth Furtado Maia e, na Ala D, o estágio de Administração, supervisionado pelo enfermeiro Fabiano Oliveira Antonini.
- Hospital Municipal São José, situado à avenida Getúlio Vargas, número 238, Joinville-SC, onde realizou-se o estágio de Clínica Cirúrgica, supervisionado pela enfermeira Márcia Bet Kohls.
- Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, situado à rua Xavier Arp, sem número, Joinville-SC, onde realizou-se o estágio de Clínica Médica, supervisionado pela enfermeira Roni Regina Miquelluzzi.
- Maternidade Darcy Vargas, situado à rua Miguel Couto, sem número, Joinville-SC, onde realizou-se o estágio de Materno-Infantil, supervisionado pela enfermeira Ondina Machado. Apesar de ser uma instituição administrada pelo Governo Estadual, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança.
- Secretaria Municipal da Saúde (Posto de Saúde do Bairro Boa Vista), onde realizou-se o estágio de Saúde Pública, supervisionado pela enfermeira Roni Regina Miquelluzzi e no qual observou-se a falência da Saúde Pública em Joinville.

O estágio de Psiquiatria realizou-se no IPQ (Instituto de Psiquiatria) em Florianópolis, supervisionado pelos enfermeiros Fabiano Oliveira Antonini e Laurete de Medeiros Borges.

Nas instituições citadas cumpriram-se os seguintes objetivos nos estágios, abaixo relacionados:

- Orientação aos clientes e familiares quanto à patologia (diagnóstico, tratamento, dieta);
- Orientação aos clientes quanto à importância da imunização;
- Realização de técnicas como: curativos, verificação de sinais vitais, sondagem nasogástrica, sondagem vesical, administração de medicamentos CPM (conforme prescrição médica) vias IM (intramuscular), EV (endovenosa) e VO (via oral) e, cuidados integrais;
- Exercício correto das técnicas de paramentação cirúrgica, bem como das funções de instrumentador cirúrgico e de circulante na sala de cirurgia;
- Realização de atividades de limpeza, desinfecção, empacotamento, esterilização, estocagem e distribuição de materiais, processados no CME (Centro de Materiais e Esterilização);
- Realização, com presteza e exatidão, dos cuidados integrais ao cliente, bem como os cuidados pré, trans e pós-operatórios, gerais e específicos à cada tipo de cirurgia;
- Identificação dos sinais indicativos de maus tratos ao cliente e encaminhamento da situação aos órgãos competentes;
- Compreensão e assistência ao cliente terminal;
- Identificação da organização administrativa, serviços técnicos e unidades básicas e especializadas hospitalares;
- Aquisição de conhecimento específico em enfermagem neonatológica, para prestação de assistência integrada ao RN (recém-nascido) normal ou patogênico e estar apto a orientar a mãe e familiares sobre os cuidados necessários ao RN, fornecendo subsídios para a continuidade desta assistência;
- Orientação à gestante quanto à importância e vantagem da frequência regular aos serviços pré-natais.

2 EMPRESAS

2.1 HOSPITAL DONA HELENA

2.1.1 Histórico

O Hospital Dona Helena fica situado à rua Blumenau, 123, em Joinville - SC. É o resultado de muita dedicação e persistência de um grupo de senhoras, as voluntárias da Associação de Socorro das Senhoras Evangélicas de Joinville, nome que o hospital ganhou ao ser criado em 12 de novembro de 1916, para ajudar a comunidade carente. Anos depois, a instituição passou a se chamar Casa de Saúde Dona Helena para, em 1953, ganhar seu nome definitivo, Hospital Dona Helena.

A preocupação constante da administração e do corpo clínico em acompanhar o contínuo avanço tecnológico da medicina, faz do Hospital Dona Helena, um hospital de referência em Santa Catarina.

2.1.2 Características institucionais

Classifica-se como hospital geral, de grande porte, destinado ao tratamento de todas as patologias. Possui uma área física de 1.500 metros quadrados, capacidade de 180 leitos, e uma média mensal de 1.320 internações.

Possui 459 funcionários e 400 médicos de todas as especialidades em seu corpo clínico.

Dispõe de Unidade de Terapia Intensiva móvel, concebida para realizar de forma segura e eficiente o primeiro atendimento, o diagnóstico e o transporte de pacientes em caso de risco de vida iminente, decorrentes de problemas cardiológicos e cérebro-vasculares, entre outros.

A Associação Beneficente Evangélica de Joinville é a entidade mantenedora do Hospital Dona Helena e do Centro Profissionalizante que, oferece em convênio com a Escola Técnica Federal de Santa Catarina, o curso Técnico Especial de Enfermagem.

2.1.3 Clientela atendida

Trata-se de um hospital que atende clientes particulares e conveniados.

2.2 HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

2.2.1 Histórico

Em 1851, com a chegada dos primeiros imigrantes a Joinville, sendo transportados em péssimas condições de higiene e conforto e em navios superlotados, logo percebeu-se a extrema necessidade de um local para abrigar os doentes.

Sendo construída uma pequena casa de madeira que seria o primeiro hospital, que fora transformada também em residência do primeiro médico que aqui chegou, Wilhem Moeller.

No ano seguinte aconteceu a construção de um novo prédio, que passa a ser o hospital colônia, servindo também de albergue para os desabrigados.

Inicialmente situava-se na rua quinze de novembro, e em 1858 foi transferido à rua Alemã e em 1864, na mesma rua, surgia uma nova casa construída para ser o novo hospital. Apenas em 1893 conseguiu-se transferir a administração do hospital para a câmara municipal de Joinville considerando-o, então, uma utilidade pública, conseguindo assim, nos anos posteriores, investimento na compra de utensílios, roupas e mobílias para o hospital. Por volta de 1899 as instalações já se encontravam em precárias condições, sugerindo uma reforma, mas sendo o ideal a construção de novas instalações adequadas para suas finalidades.

Em 1901 o conselho municipal decidiu criar um fundo para a construção de um novo prédio para o hospital. O prefeito Procópio Gomes de Oliveira, no ano seguinte ao seu mandato, encabeçou a idéia da construção do prédio, lançando a pedra fundamental deste em 1903, aproveitando a visita em Joinville do Vice-Governador Coronel Vidal José de Oliveira Ramos.

Com uma grande festa e grandes manchetes nos jornais foi inaugurado em 04.07.1906 o novo prédio do hospital, que nos anos posteriores foi alterado e

ampliado, através do apoio e doações da população, incluindo uma faixa de terreno doada pelo padre Carlos Boergershausen. Entre os anos de 1963 a 1969 foi construído mais um prédio interligado ao antigo, em decorrência desta reforma o hospital passou a se chamar Hospital São José.

Em meados de 1970 foi montada a primeira Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e a Unidade Renal do norte de Santa Catarina, e em 1980 montados o centro de queimados e o ambulatório e realizado investimento em recursos humanos e tecnologia, através da profissionalização em administração hospitalar de médicos e funcionários, resgatando assim o enlace com a comunidade.

2.2.2 Características institucionais

Trata-se de uma instituição de grande porte, edificada de forma horizontal, mantida pelo Secretaria Municipal de Saúde de Joinville concomitante com administração pública municipal.

Seu corpo clínico é de natureza aberta, atendendo através do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios de empresas e planos de saúde, com assistência integral durante as 24 horas do dia, com capacidade de ensino sem regulamentação de residência médica e oferecendo campo de estágios.

Atualmente, possui 923 funcionários que atendem uma média mensal de 23.200 pacientes. Tem capacidade para 252 leitos, mas, por motivo de reformas, atualmente possui 202 leitos ativos, o que o caracteriza como hospital de grande porte.

As unidades mantêm atendimento por profissionais especializados e encontram-se divididas conforme descrito abaixo:

- Atendimento por profissionais especializados;
- Pronto Socorro – Área de sutura, reanimação e observação;
- Unidade de Ortopedia e Traumatologia;
- Unidade de Exames Diagnósticos;
- Unidade de Terapia Intensiva – Adulta;
- Unidade de Terapia Intensiva – Infantil;
- Unidade de Terapia Intensiva – Neurológica;
- Unidade de Tratamento Neurológico;
- Unidade de Tratamento Renal;
- Unidade de Tratamento Oncológico;
- Unidade de Tratamento Pediátrico;
- Unidade de Tratamento de Queimados;
- Unidade de Clínica Médica;
- Unidade de Clínica Cirúrgica;
- Unidade de Centro Cirúrgico;
- Ambulatório;
- Laboratório;

- Banco de Sangue.

2.2.3 Clientela atendida

As pessoas que procuram o atendimento do Hospital Municipal São José são, principalmente, da comunidade da região Norte/Nordeste do Estado de Santa Catarina. Atende pacientes particulares, conveniados e através do SUS.

2.3 HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT

2.3.1 Histórico

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt fica situado à rua Xavier Arp, no bairro Boa Vista, em Joinville - SC.

Em fins dos anos 70, alguns médicos radicados em Joinville enfrentavam problemas sérios, pois não havia leitos hospitalares suficientes para suprir a demanda de pacientes. Decidiram, então, pela construção de um hospital, um centro de referência. Um terreno de 55 mil metros quadrados foi doado pelo então superintendente das Indústrias de Fundação Tupy, Hans Dieter Schmidt, para a construção do Hospital Regional. Em abril de 1981 foi lançada a pedra fundamental e em fevereiro de 1984 a obra foi entregue, com uma área construída de 22.400 metros quadrados. A inauguração aconteceu em 15 de março do mesmo ano.

2.3.2 Características institucionais

É administrado pelo Governo Estadual e hoje possui 240 leitos ativos.

Em maio de 1997, foi inaugurada a Ala Psiquiátrica para internações breves de quadros psiquiátricos agudos, com 27 leitos para ambos os sexos. A proposta de trabalho é o atendimento de pacientes em crise psicótica aguda, com curto tempo de hospitalização (em média 30 dias), para obter a remissão dos sintomas positivos e a continuação do tratamento em regime ambulatorial. Conta com uma equipe

multidisciplinar composta por três psiquiatras, um assistente social, uma psicóloga, dois enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais e estagiários de terapia ocupacional da Associação Catarinense de Ensino, além de 20 auxiliares de enfermagem para atendimento dos 27 internos.

2.3.3 Clientela atendida

As pessoas que procuram o atendimento do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt são, principalmente, da comunidade da região Norte/Nordeste do Estado de Santa Catarina; atendendo, também, pacientes particulares e conveniados.

2.4 MATERNIDADE DARCY VARGAS

2.4.1 Histórico

Por iniciativa do Governo do Estado, a construção do prédio da Maternidade começou em novembro/1941 e sua conclusão ocorreu em outubro/1944. No entanto, o governo catarinense demorou cerca de dois anos e meio para adquirir os equipamentos e contratar funcionários para dar início a seu funcionamento.

A Maternidade Darcy Vargas foi inaugurada em 15.04.1947, idealizada para preencher uma grande lacuna existente no serviço hospitalar de Joinville, tornando-se referência na prestação especializada de serviços obstétricos e neonatológicos da Região Norte e Nordeste de Santa Catarina.

Administrada, inicialmente, por um médico - Dr. David E. Oliveira - e um provedor subsidiado e nomeado pelo Estado. O serviço interno era confiado às Irmãs Franciscanas, cujos poderes foram gradativamente retirados, a partir dos anos 70, em função dos padrões estabelecidos no país para o funcionamento de instituições hospitalares, com a administração conferida a um saber especializado.

Durante os anos 80 e início dos anos 90, a Maternidade Darcy Vargas passou por inúmeras e sequenciais crises: greves por melhores salários e/ou condições de trabalho, abandono por parte dos órgãos competentes e falta de recursos; que contribuíram para uma série de mudanças estruturais e gerenciais da instituição.

No período de Julho de 1990 a Março de 1991, a Maternidade Darcy Vargas funcionou nas dependências do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, para que a mesma fosse reformada e ampliada. À reforma, somaram-se novos serviços para a comunidade, além de começar a repensar sua administração, momento em que

ocorre, também, o processo de municipalização da Maternidade, realizado a partir de um convênio assinado em 18.11.1991, entre a Secretaria de Saúde de Santa Catarina, no qual o gerenciamento da Instituição passou a ser da Prefeitura Municipal de Joinville.

Assumindo a direção da Maternidade, após eleições diretas, Dr^a. Raquel da Rocha Pereira, em 1993, imprimiu uma nova dinâmica à Instituição, delineando as novas diretrizes a serem seguidas com uma diferente visão organizacional, através da participação, envolvimento e comprometimento dos funcionários.

Aliadas a esta proposta de humanização a Maternidade vem implementando diversos programas e campanhas, como: “Mãe Coruja”, “Amor Perfeito” e “O Natural é Ter Normal”.

O trabalho desenvolvido pela Maternidade Darcy Vargas vem sendo reconhecido, não só pela comunidade, mas também por órgãos nacionais e internacionais responsáveis pela saúde.

Assim, em 1994 a Maternidade recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS); em 1996, o título de “Maternidade Segura”, concedido pelo Ministério da Saúde, UNICEF, OMS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO), sendo este o primeiro título concedido no Brasil.

Fruto do trabalho desenvolvido, em 1997 a Maternidade foi reconhecida como Centro de Referência Docente-Assistencial da Saúde da Mulher. Nesse sentido, o próximo passo será a construção do Hospital da Mulher, haja visto que a Maternidade já vem exercendo algumas ações relativas à política de saúde feminina, tais como: maternidade/educação, planejamento familiar, prevenção de câncer, orientação e informação para a formação da mulher.

Salienta-se também, a importância da “Rede Feminina de Combate ao Câncer de Joinville”. Fundada em 1980, a partir de um trabalho de voluntárias que deram início na montagem do ambulatório, através da colaboração do Dr. Harald Karmann, na época era diretor, cedendo uma sala anexa à Maternidade para o desenvolvimento de suas atividades.

2.4.2 Características institucionais

Trata-se de uma instituição de grande porte, edificada de forma horizontal, cujo objetivo sócio-econômico é filantrópico, mantida pelo governo do Estado de Santa Catarina concomitante com administração pública municipal.

O estilo de gerência adotado é de administração participativa, dentro de uma filosofia democrática/liberal.

Seu corpo clínico é de natureza aberta, atendendo através do SUS, convênios de empresas e planos de saúde.

O corpo de funcionários é composto de, aproximadamente, 339 profissionais, quantitativamente assim distribuídos: 06 anestesistas, 08 obstetras, 10 pediatras, 01 cirurgião-pediatra, 01 psiquiatra, 02 médicos radiologistas, 01 assistente social, 02 terapeutas ocupacionais, 01 bioquímico, 12 enfermeiros, 01 nutricionista, 14 artífice II, 05 motoristas, 16 técnicos atuantes de saúde, 141 agentes atuantes de saúde, 02 técnicos em Raio-X, 67 agentes de serviços gerais, 01 capelão, 46 técnicos administrativos e 01 clínico geral.

Por especialidade, os leitos da Maternidade Darcy Vargas são assim divididos: 119 leitos obstétricos, 111 leitos neonatológicos (sendo 20 para alto risco, 04 para UTI, 06 para pronto atendimento, 06 para triagem e risco e 75 em alojamento conjunto).

Identificam-se ainda: 03 leitos obstétricos na sala de parto (01 leito para parto de cócoras e 02 leitos cirúrgicos), 08 leitos obstétricos na sala de pré-parto (03 leitos obstétricos na sala de triagem, 02 leitos na sala de recuperação, 01 leito obstétrico na sala de curetagem, 01 leito obstétrico na sala de recuperação pós-curetagem, 01 leito obstétrico na sala de isolamento).

Serviços especializados oferecidos:

- Atendimento por profissionais de saúde especializados;
- Alojamento conjunto;
- Parto sem dor (opcional);
- Serviço de Alto Risco Neonatal (SAR-NEO – UTI);
- Banco de Leite;
- Grupo de Gestantes;
- Palestra de Orientações às Parturientes;
- Grupo de Mães;
- Ambulatório de Gestação de Alto Risco;
- Ambulatório de Neonatologia de Alto Risco (Programa REVIDE);
- Serviço de Medicina Fetal;
- Centro de Diagnóstico.

2.4.3 Clientela atendida

As pessoas que procuram o atendimento da Maternidade Darcy Vargas são, principalmente, da comunidade da região Norte/Nordeste do Estado de Santa Catarina.

2.5 SECRETARIA DA SAÚDE

2.5.1 Características institucionais

O Sistema Único de Saúde (SUS), é composto pela Secretaria da Saúde, Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e a Maternidade Darcy Vargas.

A Secretaria de Saúde possui 39 postos de saúde, 2 postos de atendimento médico com especialidades, 1 unidade sanitária com vigilância epidemiológica e atendimento a doenças infecto-contagiosas.

Nos ambulatórios dos bairros Costa e Silva e Boa Vista (Comasa), há atendimento psicológico e de terapia ocupacional. No ambulatório do bairro Floresta há uma equipe composta de uma psicóloga e um psiquiatra que atuam na prevenção e tratamento de sofrimentos psíquicos.

A assistência pré-natal é realizada em 19 dos 39 Postos de Saúde da Rede Básica, tendo por referência o Ambulatório de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas, bem como seu Serviço de Atendimento ao Parto.

A Assistência ao Planejamento Familiar foi implantada em 21 dos 39 Postos de Saúde da Rede Básica.

O Preventivo de Câncer do Colo Uterino e de Mama é realizado em 23 dos 39 Postos de Saúde e no Pronto Atendimento Médico do Bucarein.

O controle da Hipertensão Arterial e do Diabete Mellito é realizado em todos os Postos de Saúde da Rede Básica, tendo o Pronto Atendimento Médico do bairro Boa Vista e o Hospital Municipal São José como referências especializadas para pacientes com comprometimento de outros órgãos.

Os atendimentos básicos de enfermagem, como vacina, teste do pezinho, nebulização, curativo, injeção, pré e pós consulta pediátrica e adulta, são realizados em todos os Postos de Saúde da rede.

Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)

Há cerca de seis anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville criou o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), para otimizar o atendimento de saúde mental no município.

Atualmente, funciona à rua Abdon Batista, 214, e trabalha com uma equipe multidisciplinar, composta de cinco psiquiatras, três assistentes sociais, seis terapeutas ocupacionais e sete psicólogos.

Existe organização interna de trabalho para atendimento à crianças, adolescentes, adultos e dependentes químicos.

Atende-se o cliente individualmente ou em grupos terapêuticos, e os problemas pessoais são encaminhados para as assistentes sociais.

Para que fazer com que as pessoas mais comprometidas desenvolvam a parte cognitiva e se ressocializem, os terapeutas ocupacionais atendem o paciente

individualmente ou em grupo. Outro recurso disponível é a Oficina Terapêutica, onde os pacientes trabalham e são remunerados por produtividade.

2.6 INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

2.6.1 Histórico

A história da psiquiatria em Santa Catarina registrou um marco importante quando a pedra fundamental do Hospital Colônia Sant'Ana, localizado no Salto Moroin, município de São José, que foi lançada em 1938 e inaugurado em 10.11.1941.

A instalação do Hospital Colônia Sant'Ana coincidiu com a criação do ambulatório de saúde mental, pertencente ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, que marcou o início da terapêutica psiquiátrica sob moldes técnicos em Santa Catarina. A partir de então foi crescendo o aumento de sofredores psíquicos internados nesta instituição.

O número de doentes foi inicialmente de 300 pacientes, chegando a aproximadamente 2.500 pacientes em 1972, quando a Fundação Hospitalar de Santa Catarina assumiu a responsabilidade técnica e administrativa do Hospital Colônia Sant'Ana.

Nesta época, Santa Catarina contava apenas com um hospital psiquiátrico estadual, o Hospital Colônia Sant'Ana, uma macroinstituição, arcaica, com precárias condições físicas, deficiências técnicas, sanitárias e administrativas, sendo ao longo de muitos anos, "o outro lado da saúde catarinense", que muitos pretendiam desconhecer e outros simplesmente ignorar.

Contava com aproximadamente 1.300 leitos e uma população de 2.600 pacientes. Havia no estado mais três hospitais particulares, uma unidade psiquiátrica no hospital geral e um pronto socorro psiquiátrico, perfazendo um total de mais de 400 leitos. Tinha, portanto, o estado, para uma população de cerca de três milhões de habitantes, 1.700 leitos psiquiátricos, na sua maioria em condições sub-humanas, verdadeiros "depósitos de loucos". E as terapias mais usadas eram a eletroconvulsoterapia, insulino-terapia e, em maior escala, medicamentos (Cardiazol). Os pacientes permaneciam em pátios ou em celas com pouca ou nenhuma supervisão.

Por volta de 1972 houve uma modificação na política da saúde mental e iniciaram as melhorias no Hospital Colônia Sant'Ana. Foram realizadas viagens ao Oeste e Sul Catarinense com o objetivo de reconduzir os pacientes abandonados as

suas residências.

Aos poucos foram abolidas técnicas agressivas de terapia e intensificada a terapia medicamentosa, principalmente neurolépticos até então pouco usados.

Em 1980, deu-se início a uma nova terapia “projeto de terapias alternativas”, que significa terapia através da ocupação. Foi um período caracterizado por mudanças técnicas, administrativas e na planta física, melhorando as condições básicas para o indivíduo, onde foi proporcionado, no mínimo, alimentação, lugar adequado para dormir, algumas condições de higiene, medicação e proteção.

Sendo um macro hospital que presta assistência psiquiátrica em regime de internato, historicamente polarizou toda a problemática da saúde mental no estado e, com isso, concentrou sobre si encargos e funções múltiplas que extrapolavam sua mera função hospitalar, caracterizando-se então por uma mistura de funções em que há predomínio de assistência custódica.

O Hospital Colônia Sant’Ana, é hoje um órgão da Secretaria da Saúde reconhecido como INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA.

2.6.2 Características institucionais

Trata-se de uma instituição de grande porte que denominou-se Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), situado à rua Salto Moroin, s/nº – São José/SC, edificada de forma pavilhonar, natureza especializada em psiquiatria e com atendimento de clínica médica, mantida pelo Governo Federal.

Seu corpo clínico é de natureza fechada, atendendo através do SUS com assistência integral durante as 24 horas do dia, com capacidade de ensino sem regulamentação em residência médica e oferecendo campo de estágios.

É um Hospital com aproximadamente 150 leitos para o Instituto de Psiquiatria e 500 leitos para o Centro de Convivência Sant’Ana.

Com um número elevado de internações chegando a uma rotatividade em torno de 300 mensais.

Sendo a média de permanência nos atendimentos *Agudos* de 28 a 45 dias, no atendimento *Crônicos* o regime é basicamente asilar, sendo considerado a herança social de um processo histórico.

Contendo 04 unidades para os atendimentos *Agudos* e 04 unidades para os atendimentos *Crônicos*, sendo divididos igualmente em masculino e feminino, alguns *Crônicos* em convivência mista temporariamente, pois a instituição passa por reformas.

As unidades encontram-se divididas conforme descrito abaixo:

- Unidade de Admissão;

- Unidade de Emergência, contendo um centro cirúrgico para pequenos procedimentos;
- Unidade de Clínica Médica – visa o atendimento dos pacientes psiquiátricos portadores de outras patologias;
- Unidade de Agudos;
- Unidade de Crônicos;
- Unidade de Gestão Participativa;
- Unidade de Pensão Protegida;
- Unidade de Dependentes Químicos;

Os serviços especializados prestados pelos profissionais chegam num total de 229 pessoas trabalhando para manter em funcionamento a instituição, quantitativamente assim distribuídos: 100 auxiliares de enfermagem; 40 médicos psiquiatras; 20 auxiliares de serviços gerais; 15 enfermeiros; 10 técnicos de enfermagem; 10 profissionais na área administrativa; 06 assistentes sociais; 06 terapeutas ocupacionais; 04 psicólogas; 04 médicos clínicos; 03 costureiras; 03 cozinheiras; 03 auxiliares de cozinha; 01 professor de educação física; 01 nutricionista; 01 fisioterapeuta; 01 dentista; 01 técnica de Raio-X.

2.6.3 Clientela atendida

O hospital abriga para tratamento pacientes de ambos os sexos com variadas categorias diagnósticas oriundas de zonas urbanas e rurais, de todas as regiões geo-econômicas de Santa Catarina e também de outros estados; em geral, pessoas de baixo nível sócio-econômico-cultural, semi-qualificadas para o trabalho e carentes sob diversos aspectos.

3 ESTUDO DE CASO – DHEG - DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ

3.1 APRESENTAÇÃO

Ao realizar um exame de rotina em determinada gestante, juntamente com o médico obstetra, detectaram-se fatores indicadores de uma gravidez de alto risco – DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) –, sobre a qual decidiu-se realizar o estudo de caso, que segue-se adiante, com o objetivo de obter um bom embasamento científico para planejamento e prestação de assistência de enfermagem a esta patologia nos períodos clínicos do parto e puerpério.

3.2 ANAMNESE

C. L., 20 anos, sexo feminino, altura = 1,64 m, peso = 58 kg, solteira, escolaridade = 1º grau completo, religião = evangélica, profissão = doméstica, filiação = M. A. L. e I. S. L., cor = branca, menarca \pm 11 anos, deu início a sua vida sexual aos 18 anos, utilizava meios anticoncepcionais sem orientação médica, antecedentes mórbidos: parotidite, sarampo e *influenza*.

Reside em Joinville, no bairro Escolinha.

Referiu que na família não há casos de anomalias congênitas, malformações, neoplasias ou doenças infecto-contagiosas e que não tem vícios.

Primigesta, não realizou o pré-natal por não ter planejado a gravidez.

DUM (Data da Última Menstruação) = 09/04/98.

Deu entrada na MDV (Maternidade Darcy Vargas) as 10:05 h de 16/10/98, para exames; irritada, com pico hipertensivo e edemaciada.

3.3 EXAME FÍSICO

Cabelos limpos, rosto apresentando cloasma, MMSS (membros superiores) e MMII (membros inferiores) edemaciados.

Lúcida, irritada, deambulando normalmente e apresentando os seguintes sinais e sintomas:

- PA (pressão arterial): 160 x 120 mmHg
- BCF (batimentos cardíacos): 154/min
- Edema: +++
- Ascite: +

Diagnóstico: DHEG.

3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL – DHEG (DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ)

3.4.1 Conceito da patologia

A DHEG é entidade que se manifesta, em geral, na segunda metade da gravidez, mais particularmente no terceiro trimestre.

Identifica-se pelo agravamento da hipertensão, proteinúria e edema, podendo, embora raramente, culminar em crise convulsiva e coma.

Dentre todas as patologias que se manifestam ou se agravam no decorrer da gravidez, a DHEG é a mais frequente e que se acompanha de maior morbiletalidade materna e perinatal. Daí a importância de sua identificação precoce e do conhecimento das diversas alterações fisiopatológicas que se manifestam durante a sua evolução para adequar oportuna e corretamente a conduta assistencial.

3.5 ETIOPATOGENIA

Teorias etiopatogênicas da DHEG são tantas que Zweifel, há mais de um século, designou a entidade de “moléstia das teorias”.

Não tendo sido possível provocar em animais DHEG semelhante a que ocorre em humanos, clínicos, fisiologistas e bioquímicos interessados na questão têm, de há muito, sugerido numerosas teorias etiológicas que persistiram como corretas até que novos conhecimentos fisiopatológicos demonstraram serem improcedentes.

Eastman, repetindo idéias de Williams, que por mais de 40 anos se preocupou com a questão etiológica, proclama que qualquer teoria etiopatogênica da DHEG, para ser aceitável, deveria explicar as seguintes questões:

- A maior incidência em primigesta, na prenhez múltipla, na mola hidatiforme, em determinadas áreas geográficas, em pacientes de baixo nível sócio-econômico.
- Por quẽ a DHEG se manifesta, em geral, em fases avançadas da prenhez?
- Por quẽ é rara sua recorrência em futuras gestações?
- Por quẽ ocorre sua melhora após o óbito fetal?
- O mecanismo dos sintomas que se apresentam: hipertensão, proteinúria e edema.
- O mecanismo das lesões hepáticas e renais.

A essas indagações se acrescentam outras:

- Por quẽ incide em gestantes com hipertensão pré-gravídica?
- Por quẽ sofre influência hereditária?

Em síntese breve consideraremos as seguintes:

➤ **Teoria da Isquemia Renal**

A distensão uterina, segundo Sophian, provocaria reflexo vasoconstritivo renal, com conseqüente hipertensão, proteinúria e edema. Referem que, nos casos de DHEG que se manifestam precocemente, a incidência de comprometimento funcional orgânico renal foi de 67% entre as primigestas e de 63% entre múltiparas. Eskinazi comparou a incidência da DHEG entre as gestantes expostas ou não à substâncias solventes. Nas expostas, a incidência da patologia foi quatro vezes maior. Como na DHEG existe comprometimento renal os autores admitiram que a atuação dos solventes sobre os rins explicaria o fato.

➤ **Teoria do Aumento da Pressão Abdominal**

O aumento da pressão abdominal provocaria redução do fluxo sanguíneo ao fígado e rins. Por isso, Wyllie conclui que os quadrúpedes não desenvolvem DHEG. A postura favoreceria a circulação renal e deduziria a pressão intrabdominal.

➤ **Teoria Metabólica**

Esta teoria atribui a DFHEG a menor ingestão alimentar, principalmente de carnes, a maior presença de sal e à carência do cálcio; comprovando, também, hipocalciúria nas gestantes com DHEG. Entretanto, como os níveis dos hormônios das paratireóides foram normais, esses autores desvincularam a hipocalciúria dessa glândula e a relacionaram à disfunção tubular renal.

➤ Teoria Hormonal

Nesse particular, consideraram-se as teorias hipofisárias, supra-renal e placentária. Em 1921, Hofbauer relacionou a eclâmpsia à hiperfunção do lobo posterior da hipófise. A teoria supra-renal teve fundamento inicial à ação retentora da água e sal, que seria provocada pelo aumento dos hormônios corticóides supra-renais. Posteriormente, Oian e Cols relacionaram a DHEG à hiperfunção medular das supra-renais, com a excessiva secreção de adrenalina, noradrenalina e dopamina. A placenta foi relacionada à etiologia da DHEG pelo casal Smith, em função da maior produção de gonadotrofina corial e com a redução de estrógenos e progesterona. Nesse particular, Scott chama a atenção para o maior volume de placenta e sua relação causal com a DHEG, presentes níveis elevados de gonadotrofina corial. Finalmente, Assali e Hamermez sugeriram que a maior produção placentária de hormônio adrenocorticotrófico, ao provocar o estímulo das supra-renais, poderia ser responsável pela etiologia da DHEG.

➤ Teoria da Coagulação Intravascular

Page admitiu que em consequência da isquemia da placenta ocorreria invasão circulatória de tromboplastina, da qual o tecido placentário e a decídua são ricos. Atuando sobre a protrombina, na presença do cálcio, haveria produção de trombina, cuja interferência sobre o fibrinogênio desencadearia processo de coagulação intravascular disseminada, com deposição de fibrina nos rins, pulmões e outros órgãos.

➤ Teoria Imunológica

A seu favor falam as seguintes observações:

1. A DHEG, chamada "pura", ocorre, em geral, em primigestas, nas quais estão ausentes anticorpos fetais;
2. Nas gestantes transplantadas renais, a incidência da DHEG alcança cifras de 30%;
3. Petrucco e Cols, por meio da imunofluorescência identificaram anticorpos e complementos nos rins de gestantes com DHEG;
4. Segundo Stevenson e Cols, a incidência da entidade é menor entre casamentos consanguíneos;
5. A DHEG é mais incidente em gestantes cujos conceptos lhe são, geneticamente, mais compatíveis;

6. Wagler e Cols comprovam que em gestantes com DHEG a concentração de complexos imunitários é maior, inclusive nos cordões umbilicais;
7. Diversos autores referiram que a ocorrência de abortos tardios prévios reduz o risco de ocorrer DHEG.

➤ Teoria Genética

Chesley, Cols e Sutherland comprovam ser a DHEG mais frequente em gestantes cujas mães apresentaram a entidade durante suas gestações;

➤ Teoria Prostaciclínica

Sua importância tem sido encarecida pelos diversos autores que consideraram a questão etiopatogênica da DHEG. Numerosas publicações demonstraram que, enquanto nas gestantes com DHEG as prostaglandinas vasodilatadoras e antiagregadoras plaquetárias estão reduzidas, o tromboxano Az está aumentado. Na gestação normal, o aumento das prostaglandinas sobre o tromboxano responde pela manutenção e até pelo declínio dos níveis pressóricos arteriais. Na DHEG a redução dos níveis das prostaglandinas e a elevação do teor de tromboxano resultam em elevação dos níveis pressóricos arteriais, nas conseqüentes lesões do endotélio vascular e na redução do fluxo arterial sanguíneo a diversos órgãos nobres.

➤ Teoria da Isquemia Placentária

Diversas pesquisas demonstraram ocorrer redução no fluxo sanguíneo útero-placentário no curso da DHEG, e coincidente declínio de 30 a 59% no consumo de oxigênio. A isquemia e a hipóxia placentária conseqüentes provocariam lesões necróticas do trofoblasto e, eventualmente, produção de substâncias vasopressoras, capazes de elevar os níveis pressóricos arteriais, principal sinal clínico da DHEG. A teoria da isquemia útero-placentária, dentre as que referimos, é aquela que melhor preenche as diversas condições exigidas para explicar a DHEG:

1. Maior frequência nas primigestas, particularmente nas adolescentes e nas idosas, quando a distensão do útero é precária e provoca isquemia.
2. Menor incidência nas múltiparas, devido a maior flacidez miometrial e abdominal e conseqüente fluxo sanguíneo útero-placentário favorecido.
3. Maior incidência na gemelidade, na prenhez molar e na hidropisia fetal.
4. Início nas proximidades do termo, quando a distensão uterina é máxima.
5. Incidência agravada nas gestantes com hipertensão pré-gravídica grave, quando o fluxo da artéria uterina pode estar reduzido.

Paragráfos?

Brasens e Cols, pesquisando o leito vascular da placenta na DHEG, comprovaram alterações que justificaram a redução do fluxo sanguíneo do tecido trofoblástico. Em gestantes normotensas as artérias espiraladas da decídua são invadidas por tecido trofoblástico, provocando destruição do tecido músculo-elástico da parede arteriolar. Em consequência, a resistência local ao fluxo sanguíneo é baixa. Esta invasão trofoblástica se aprofunda até o terço interno do miométrio, atingindo, inclusive, a artéria radial. Nas gestantes com DHEG, por razão talvez imunológica ou por maior resistência miometrial, esta invasão trofoblástica e consequente destruição músculo-elástica da parede da artéria radial não se verificam. Daí ocorrer regime de fluxo sanguíneo com elevada resistência e consequente isquemia placentária. Essa observação justifica porque, em geral, o peso e o volume das placentas em casos de DHEG são reduzidos e porque nelas a incidência de infartos é maior que a comprovada em placentas de normotensas. Nesse particular, Laberrere confirma os achados de Zeek, comprovando ser a aterosose aguda lesão vascular da placenta, presente em casos de DHEG e de CIVR. Caracteriza-se a lesão por necrose fibrinóide da parede vascular, acúmulo de macrófagos e infiltrado monocuclear perivascular. Este autor lembra que, em gestantes com doença auto-imune e com rejeições renais, cardíaca e hepática, os vasos da decídua apresentam lesão similar. Além disso, estudos imunoquímicos revelam depósito vascular de IgM e complementos em lesões "simile" da aterosose aguda. Por isso Laberrere sugere que esta lesão pode ser considerada reação imunitária aos tecidos fetais e sua presença coincide com o menor fluxo placentário. Recentes e numerosas observações têm comprovado, pela dopplerfluxometria, que o fluxo das artérias uterinas está comprometido nos casos de DHEG. Assim, a redução do fluxo sanguíneo útero-placentário e a consequente isquemia trofoblástica poderiam ser as causas responsáveis pela menor produção de prostaglandinas e a maior elaboração do tromboxano. Lunel, em recente V Simpósio Nacional de Hipertensão na Gravidez (1993 – São Paulo) referiu que na DHEG os níveis de endotelina se apresentam mais elevados no sangue da veia uterina do que na circulação geral, sugerindo sua produção placentária e sua provável relação com a isquemia trofoblástica. Esta consideração, a meu ver, estão longe de explicar todos os fatos relacionados à etiologia da DHEG. Diariamente surgem novos conhecimentos fisiopatológicos, relacionados a essa entidade, que destroem conceitos já firmados e introduzem outros.

3.6 FISIOPATOLOGIA

Nas gestantes portadores da DHEG, comprovam-se alterações funcionais e orgânicas em diversos órgãos, cuja presença pode ser relacionada ao espasmo arteriolar, que se apresenta como o denominador comum da patologia.

Embora persista ainda mal definida a real etiologia d DHEG, as numerosas pesquisas empreendidas, visando sua interpretação, levaram a identificar

quadros clínicos graves da DHEG. No Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, recentemente, foi comprovado pela ultra-sonografia quadro de grande hematoma subcapsular hepático em caso de eclâmpsia com HELLP síndrome.

Na DHEG leve e até moderada, as provas funcionais hepáticas, em geral, são normais. Entretanto, nos casos graves comprovam elevação da transaminase sérica glutâmico-acética, associada à proteinúria, plaquetopenia, uréia e creatinina elevadas.

Em 1988, Minakami e Cols, no Japão, praticaram 41 biópsias hepáticas em casos de DHEG, comprovando em todas apreciável quantidade de gotas microvesiculares de gordura. Entretanto, apenas em 11 casos foi identificado quadro de infiltração gordurosa.

Os autores verificaram relação direta entre a densidade gordurosa hepatocelular e a concentração de uratos e relação inversa com a plaquetemia. Admitiram etiopatogenia de DHEG grave, com infiltração gordurosa aguda do fígado. Em relação à hemodinâmica, Moshino comprovou significativa redução do fluxo sanguíneo hepático.

➤ **Alterações Cerebrais**

A principal causa de óbito materno é a hemorragia cerebral. As lesões cerebrais encontradas em mulheres que faleceram por eclâmpsia são edema, hiperemia, anemia focal, trombose e hemorragia.

Na tomografia computadorizada do cérebro de mulheres com eclâmpsia, em geral, podem ser identificadas áreas hipodensas, as quais correspondem a locais de hemorragia e infarto.

➤ **Alterações Útero-placentárias**

A ausência ou diminuição da invasão trofoblástica nas artérias do leito placentário é a lesão mais precoce da pré-eclâmpsia, sendo responsável pela diminuição da perfusão placentária.

Esta perfusão diminuída procede em várias semanas o aumento dos níveis pressóricos. Gestantes com perfusão placentária diminuída à deficiência de invasão vascular trofoblástica e que não desenvolvem HAS (Hipertensão Arterial Severa) têm fetos com graus acentuados de retardo de crescimento.

A identificação de lesão vascular em biópsia de leito placentário de gestantes com HAS está associada positivamente com recém-nascidos de menor peso.

Tem sido demonstrado por dopplerfluxometria, uma diminuição do fluxo sanguíneo diastólico de vasos umbilicais dos fetos de mulheres pré-eclâmpicas.

➤ **Alterações Oftalmológicas**

Diplopia, visão turva e escotomas cintilantes são queixas comuns da pré-eclâmpsia e podem prenunciar um ataque eclâmpico.

Algumas mulheres com PEG (Pré-eclâmpsia gravídica) têm deslocamento de retina. Raramente pode haver cegueira com aneurose. Estas mulheres têm evidências radiográficas de hipodensidade no lobo occipital.

Quase sempre o prognóstico é bom, e a visão estará recuperada em uma semana.

3.6.1 Classificação

Gestantes que apresentam hipertensão devem ser enquadradas nas seguintes condições clínicas:

➤ **Hipertensão não relacionada com a gestação:**

- a) Hipertensão essencial.
- b) Hipertensão nefropática.

➤ **Hipertensão relacionada com a gestação:**

- c) DHEG "pura".
- d) DHEG sobreposta sobre hipertensão pré-gravídica.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas considerou ainda a condição chamada hipertensão transitória que, a nosso ver, talvez deva estar relacionada à hipertensão essencial ou à DHEG subclínica.

3.6.2 Quadros clínicos de evolução

A DHEG pode-se apresentar sob quadro clínico hipertensivo, em geral, associado à proteinúria e ao edema. Nessa condição designa-se, na rotina, de pré-eclâmpsia, apresentando crises convulsivas e, raramente, apenas estado comatoso.

3.7 SINTOMATOLOGIA

Consideraremos, em particular, os sintomas da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia.

Sintomas da pré-eclâmpsia: hipertensão, edema e proteinúria constituem a tríade sintomática peculiar à DHEG.

➤ Hipertensão

A hipertensão é de todas as manifestações sintomáticas referidas e se caracteriza por níveis tensionais acima de 140 mmHg ou pelo acréscimo de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na diastólica, sobre os níveis tensionais anteriores.

Como entre nós são frequentes os casos de pacientes cujos níveis pressóricos são baixos (exemplo: 80 x 50 mmHg), a comprovação de sua elevação, após a 20^a - 24^a semanas, para 115 x 75 mmHg, deve ser anormal. Tais alterações tensionais caracterizam o quadro clínico da DHEG ou pré-eclâmpsia dita "pura".

Na paciente em estudo, durante o período gestacional, foram detectados sinais de hipertensão a níveis altos, de 160 x 120 mmHg variantes, os quais normalizavam com o uso de medicamentos específicos

➤ Proteinúria

Considera-se proteinúria anormal, na prenhez, aquela que excede 300 mg/24 horas.

A excreção renal protéica sofre variações diversas; é máxima entre as 14 e se eleva com a postura ortostática, atividade física, frio e stress. Além disso, o volume urinário de 24 horas influi nos valores da proteinúria podendo levar à falsas interpretações.

Em geral, tratando-se de DHEG, a ocorrência da proteinúria é posterior à manifestações da hipertensão e resulta do comprometimento vâsculo-glomerular renal, ocorrendo estreita relação prognóstica materno-perinatal.

Em função dos níveis e/ou gravidade proteinúrica, a cliente E. L. apresentou altos índices de proteinúria.

Nas formas leves de pré-eclâmpsia, particularmente quando os níveis pressóricos não são elevados e quando a duração do processo hipertensivo é curta, a proteinúria é discreta e até pode faltar. Entretanto, a hipertensão arterial e a proteinúria são os achados mais importantes para caracterizar a pré-eclâmpsia.

➤ Edema

Cerca de 50 – 80% das gestantes normais apresentam edema. Geralmente pré-tibial, ele pode ser, ainda, facial e manual. Entretanto, na ausência da DHEG a presença do edema não se relaciona com mau prognóstico perinatal.

A cliente E. L. estava apresentando-se irritada, edemaciada, com desconforto abdominal e não aceitando bem a dieta hospitalar recomendada pela equipe de enfermagem.

A observação clínica demonstra que a pré-eclâmpsia, em que o edema é evidente em geral, é menos grave para o feto do que aquela em que o edema é

ausente ou discreto. O edema, geralmente é mais frequente nas primigestas, que é o caso da cliente E. L., que apresentava um quadro generalizado de edema +++.

A curva ponderal denuncia o chamado edema oculto quando, apesar da aparente ausência corporal externando edema, o peso materno se eleva de modo súbito ou não.

A importância do controle ponderal na assistência pré-natal lembra que o aumento de 1 kg por semana, ou 3 kg por mês, sugere retenção hídrica anormal, obrigando pensar, até prova em contrário, em prenúncio de DHEG.

Clinicamente, é hábito classificar-se a intensidade do edema em graus:

- Edema + - Quando não ultrapassa a tíbia.
- Edema ++ - Quando se estende até as coxas e inclusive as mãos.
- Edema +++ - Quando é generalizado, mas não inclui as cavidades serosas.
- Edema ++++ - Quando as cavidades serosas são envolvidas (anasarca). Nos casos avançados de edema, a vulva pode ser atingida, causando sério desconforto para a cliente.

3.8 TRATAMENTO MÉDICO DA DHEG

Devem ser consideradas as seguintes medidas na assistência aos casos de PE (Pré-eclâmpsia): internação, repouso, dieta e terapêutica medicamentosa.

3.8.1 Internação

Podendo ser dispensada na pré-eclâmpsia, em gestantes de boa situação econômica, não sendo o caso da cliente E. L., que não tem uma condição financeira adequada, sendo obrigatória sua internação, em virtude dos riscos maternos e perinatais.

Nesta última condição as gestantes deverão ser atendidas em hospitais de referência e por grupo médico especializado no trato desses casos.

3.8.2 Repouso

Deverão ser obedecidos repouso físico e psíquico. De início as clientes serão acamadas, intercalando o decúbito supino com o lateral. Essa medida visa reduzir a compressão da veia cava inferior, elevar o retorno venoso, aumentar o débito cardíaco e favorecer, conseqüentemente, o fluxo sanguíneo útero-placentário.

Entre outras vantagens o repouso físico apresenta as seguintes alterações:

- Redução dos níveis pressóricos.
- Melhora do fluxo renal e aumento da filtração glomerular.
- Redução da contrabilidade uterina, em particular a hipertonia.

3.8.3 Dieta

Recomendasse a dieta hipossódica e hiperproteica, sem restrição para a água e outros alimentos. A cliente E. L. não aceitava bem a dieta hospitalar prescrita pelo serviço de nutrição e dietética da maternidade.

3.8.4 Terapêutica medicamentosa

No tratamento médico da DHEG, além de repouso e do regime dietético, devem se considerar medidas que se indicam em quase todos os casos, e outras terapêuticas de utilização restrita a determinadas situações.

➤ **Metildopa**

A droga hipotensora mais utilizada na pré-eclâmpsia, nas doses de 50 mg – 2 g/dia.

A administração dessa droga na pré-eclâmpsia permite controlar os níveis pressóricos em casos graves, postergando a necessidade de praticar, precocemente, o parto prematuro.

➤ **Hidralazina**

É potente vasodilatador arterial, utilizado na DHEG, particularmente pela via intravenosa, no combate às crises hipertensivas.

Pela via oral e para uso prolongado provoca taquicardia, palpitação, cefaléia, retenção hídrica e até quadro clínico semelhante ao Lúpus.

Para administração a cada 4 horas observa-se a P.A. e, dependendo dos níveis em prescrição, administra-se o medicamento: PAS (pressão arterial sistólica) ≥ 160 ou PAD (pressão arterial diastólica) ≥ 110 .

➤ **Sulfato Ferroso**

Dois comprimidos ao dia.

➤ **Tylenol 750 mg**

VO (via oral) S/N (se necessário).

➤ **Gardenal 100 mg**

Um comprimido VO à noite.

➤ **Voltaren 50 mg**

Um comprimido VO S/N.

➤ **Voltaren 75 mg**

IM (intramuscular) S/N.

➤ **Teldane**

Um comprimido VO à noite.

➤ **Solucortef 500 mg**

EV (endovenoso).

➤ **Sulfato de Magnésio**

Normalmente a droga mais utilizada no Brasil como terapêutica anticonvulsiva da eclâmpsia. Desde 1940 até 1952 foi a droga de escolha na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo quando, a partir de 1953 e até 1960, foi substituída pelo chamado “cocktail” lítico. Desde então e agora sob a forma hidratada $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$.

Dr. Geraldo, médico obstetra, utilizou para o tratamento da eclâmpsia da cliente E. L., o esquema de Pritchard no qual cito.

- Pritchard – Dose de ataque = $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ – 20% → 20 ml EV lentamente. $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ – 50% → via IM profunda com uma agulha de Raqui em 4ª posição. Manutenção = $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ – 50% → 10 ml via IM a cada 4 horas por 24 horas.

Para o item anterior é necessário:

- Diurese ≥ 25 ml/h.
- Frequência respiratória ≥ 14 MRPM (movimentos respiratórios por minuto).
- Reflexo patelar.
- Controle de PA.

➤ Celestone Soluspan

Medicamento utilizado na profilaxia da Síndrome da Membrana Hialina e Síndrome da Angústia Respiratória em prematuro.

Dosagem = 2 ml via IM 24 horas antes do parto.

O Dr. Geraldo prescreveu esta medicação à cliente E. L. 24 horas antes do parto, para acelerar a maturação pulmonar, assim evitando o colapso pulmonar do RN após o parto.

3.9 TRATAMENTO OBSTÉTRICO DA DHEG

Na presença de pré-eclâmpsia, a única conduta materna-perinatal resulta da interrupção da gestação. Entretanto, essa atitude encontra obstáculos relacionados aos interesses fetais, quando a idade gestacional não assegura a integridade imediata e tardia dos conceitos. Asseguradas, evidentemente a vida extra-uterina e a integridade tardia do conceito, a interrupção da gestação é justificada. Mesmo na presença de provas normais de vitalidade fetal, atingida a idade de 37 semanas, esta conduta parece a melhor e deve ser considerada.

Enquanto em serviços neonatais do primeiro mundo sobrevivem conceitos extraídos com 26 semanas de idade gestacional, nas melhores maternidades universitárias do Brasil, tal resultado, em geral, apenas se esboça após a 28ª semana ou mais tarde.

Nos serviços neonatais de algumas maternidades os resultados perinatais justificam a extração de conceitos após a 34ª semana e com peso fetal calculado em torno de 1500 g. Entretanto, presentes os sinais de sofrimento fetal, vigora o preceito *indúbio pro reo* e, nesses casos, justifica-se a extração fetal a partir da 27ª

semana. Antes dessa idade gestacional, em nosso meio, o óbito extra-útero será praticamente fatal.

3.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- Uma vez internada, promoveu-se à cliente um ambiente tranquilo, arejado e com iluminação suficiente para garantir a observação de suas características corporais.
- Proporcionou-se repouso em leito especial, protegido com telas laterais, e manteve-se a cliente com o tronco levemente soerguido e com superfície corporal desnuda, apenas protegida por um lençol.
- Inspeccionou-se a incisão e absorventes perineais para verificar a possibilidade de hemorragia.
- Estimulou-se o banho diário, para promover sua higiene e conforto.
- Controlou-se a temperatura corporal, PA, MRPM e pulso.
- Observou-se a involução uterina.
- Promoveu-se a mudança de decúbito a cada 2 horas.
- Apoiou-se psicologicamente a cliente em relação ao RN (recém-nascido), que permaneceria na incubadora até adquirir o peso adequado.
- Orientou-se os familiares sobre a dieta leve e hipossódica da puérpera.
- Controlou-se rigorosamente a diurese e a reflexia patelar.
- Realizou-se o balanço hídrico.
- Medicou-se CPM (conforme prescrição médica).
- Orientou-se a cliente E. L. que o leite das mamas deve ser retirado regularmente para que continue a ser produzido e para prevenir o ingurgitamento deste nas mamas.
- Observou-se o edema.
- Realizou-se controle neurológico.

3.11 ORIENTAÇÕES À PUÉRPERA PÓS ALTA HOSPITALAR

Orientou-se a cliente a:

- Continuar retirando seu leite com regularidade.
- Armazenar o leite em recipiente limpo e com tampa e que o encaminhasse ao banco de leite da maternidade.

- Consumir alimentos da dieta tradicional em quantidade adequada de calorias, proteínas, vitaminas e outros nutrientes essenciais.
- Beber bastante líquidos.
- Retornar às atividades normais com moderação, evitando trabalhos pesados.
- Fazer exercícios para fortalecer a musculatura abdominal e perineal.
- Repousar regularmente.
- Evitar álcool, tabaco, cafeína em excesso e outras drogas.
- Consultar o ginecologista para uma revisão pós-parto 40 dias ou 6 semanas após este.
- Participar do serviço de Planejamento Familiar.
- Poder retornar à atividade sexual mais ou menos 20 dias após o término da loquiação, para prevenir infecção ou trauma nos órgãos e estruturas em processo de cicatrização.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término do trabalho pode-se concluir que a DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – é uma patologia que tem início na segunda metade da prenhez.

Este quadro clínico pode-se manter estável ou se agravar, colocando em risco a vida da cliente e do concepto, por isso a equipe multidisciplinar tem que observar os sinais e sintomas para que se possam tomar as providências necessárias e assistência adequada, promovendo um impacto benéfico sobre a enorme ação morbídogenica desta patologia.

5 CONCLUSÃO GERAL

Ao término do Curso Técnico de Enfermagem destaco pontos positivos importantes que contribuíram na minha formação como profissional. O bom embasamento dos professores, que ao decorrer do curso passaram muita segurança para os alunos, além de contribuir no meu nível espiritual, uma vez que tratados como seres humanos importantes e capazes de tornar melhor o mundo em que vivemos.

Os estágios foram gratificantes, pois valeram como lição de vida. Pode-se observar a realidade da saúde pública, que está falida em nosso país e, em outro lado a saúde privada. Por isso, dedicarei a minha profissão para mudar a realidade atual das instituições públicas em nosso país, mantendo assim meus ideais e minha lâmpada acesa.

Intercorrências, cito como ponto negativo, nos estágios em instituições que ocultam profissionais não habilitados a realizarem técnicas, colocando em risco a vida do cliente. Pode-se observar a rejeição de alguns profissionais médicos em relação aos estagiários. Mas todas estas intercorrências, condições e situações não me desequilibraram; ajudaram a minha formação profissional e a fazer tudo que estiver em meu poder para manter e elevar os ideais de minha profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER, Suddarth. **Enfermagem Médica Cirúrgica**, 7º ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1994.

KORALKOVAS, Andrejus. **Dicionário Terapêutico Guanabara**, edição 1996-1997
Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan.

NEME, Bussamara. **Obstetrícia Básica**, São Paulo: Sarvier, 1994.