

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
GERENCIA EDUCACIONAL DE JOINVILLE  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
MATERNIDADE DARCY VARGAS

05 FEV 2003 0272

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR

REL ENF  
0061

CEFET-SC BIBLIOTECA

Relatório em 18/10  
Noêmia

Técnica em 21/10  
Deio

Doou pla Escola

CAROLINY DA ROSA NUNES  
JOINVILLE  
AGOSTO DE 2002.

ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
GERENCIA EDUCACIONAL DE JOINVILLE  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
MATERNIDADE DARCY VARGAS

05 FEV 2003 0 2 7 2

DIABETES MELITTUS  
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA  
GESTAÇÃO

CEFET - UE Joinville



\*1621\*

REL ENF

0061

Relatório de estágio curricular

CAROLINY DA ROSA NUNES  
JOINVILLE  
AGOSTO DE 2002

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

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário: Caroliny da Rosa Nunes  
 Supervisor na Empresa: Janeth da Cunha Magenis

Curso Técnico De Enfermagem – Fom: 20014C  
 COREN: 58631

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital Dona Helena Hospital Municipal São José Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	31/07/2000 a 04/09/2000 26/10/2000 a 18/12/2000	- Fundamentos de Enfermagem - Clínica Médica – UTI – Emergência	288h
2. Hospital Dona Helena Hospital Municipal São José Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Maternidade Darcy Vargas	19/03/2001 a 26/04/2001 19/06/2001 a 10/07/2001	- Clínica Cirúrgica II - Obstetrícia – Neonatologia – Pediatria	198h
3. Maternidade Darcy Vargas Ambulatórios da Rede Municipal Colônia Santa Tereza Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Hospital Dona Helena	31/07/2001 a 23/08/2001 25/09/2001 a 26/10/2001 20/11/2001 a 28/11/2001 29/11/2001 a 08/12/2001	- Obstetrícia – Neonatologia – Pediatria - Saúde Pública II - Administração II - Psiquiatria II	270h

*Janeth da C. Magenis*  
 JANETH DA C. MAGENIS  
 ENFERMEIRA  
 COREN-SC-58631  
 Supervisor da Empresa  
 Carimbo e Assinatura

*Juraci Maria Tischer*  
 JURACI MARIA TISCHER  
 GERENTE DA UNIDADE DE  
 SAÚDE DE JOINVILLE  
 Coordenador do Curso  
 Carimbo e Assinatura

*Caroliny da Rosa Nunes*  
 Estagiário  
 Assinatura





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

**TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

A FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF: 80.485.212/0001-45 estabelecida em, representada pelo Sr. **Felipe C. Soares** na qualidade de Diretor Executivo e o(a) Estagiário (a) **Caroliny da Rosa Nunes** matriculado(a) na 2ª, 3ª e 4ª 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, SIE-E, acertam o seguinte, na forma das Leis nº 6.494 de 07/12/1977 e nº 8.859 de 23/03/94 e Decreto nº 87.497 de 18/08/82.

**Art. 1º** – O(A) Estagiário(a) 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(a), em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

**Art. 3º** – O Estágio será de 756 (setecentas e cinquenta e seis) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga horária	Instituição/Setor	Período
288h	H.D.H. / H.M.S.J. / H.R.H.D.S.	31/07/2000 a 18/12/2000
198h	H.D.H. / H.M.S.J. / H.R.H.D.S. / M.D.V.	19/03/2001 a 23/08/2001
270h	M.D.V. / Amb. Rede Mun. / Colônia Sta Teresa / H.R.H.D.S. / H.D.H.	25/09/2001 a 08/12/2001

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

**Parágrafo 2º** - Tanto a Empresa, a Escola ou o (a) Estagiário (a) 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 de Estágio o(a) Sr. **Janeth da Cunha Magenis** ao qual caberá a orientação e a Avaliação final do Estagiário (a).

**Art. 5º** - O(A) Estagiário(a) 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(A) Estagiário(a) se obriga a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

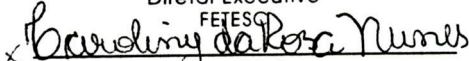
**Art. 7º** - Nos termos do Art. 4º da Lei nº 6.494/77, o (a) Estagiário(a) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a Empresa, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice nº 81-24-400319 da Companhia de Paulista Seguros.

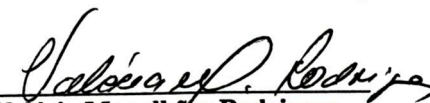
**Art. 8º** - Fica firmado o presente em 03(três) vias de igual teor e forma.


Florianópolis, 22 de Novembro de 2000.

  
EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

**Felipe Cantório Soares**  
Diretor Executivo

  
FETESC  
**Caroliny da Rosa Nunes**  
Estagiário

  
**Valéria Magalhães Rodrigues**  
Coordenadora do SIE-E/ETF-SC

  
Testemunha  
**JURACI MARIA TISCHER**  
GERENTE DA UNIDADE DE  
SAÚDE DE JOINVILLE

H.D.H. – Hospital Dona Helena / H.M.S.J. – Hospital Municipal São José / H.R.H.D.S. – Hospital Regional Hans Dieter Schmidt / M.D.V. – Maternidade Darcy Vargas



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 A EMPRESA MATERNIDADE DARCY VARGAS.....	07
3 ESTUDO DE CASO (DIABETES MELITTUS GESTACIONAL E DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA).....	08
3.1 APRESENTAÇÃO.....	08
3.2 ANAMNESE.....	08
3.3 HISTÓRICO MÉDICO DO CLIENTE.....	08
3.4 EXAME FÍSICO.....	08
3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (DIABETES MELITTUS).....	09
3.5.1 Conceito da Doença.....	09
3.5.2 Etiologia e Fisiologia.....	09
3.5.3 Exames.....	10
3.5.4 Manifestações Clínicas.....	11
3.5.5 Tratamento Clínico e Medicamentoso.....	11
3.6 Diagnóstico Secundário(Doença Hipertensiva Especifica na Gestação).....	12
3.6.1 Conceito da Doença.....	12
3.6.2 Etiologia e Fisiologia.....	12
3.6.3 Exames.....	12
3.6.4 Manifestações Clínicas.....	13
3.6.5 Tratamento Clínico e Medicamentoso.....	13
3.6.5 Tratamento Clínico e Medicamentoso.....	14
3.6.5 Tratamento Clínico e Medicamentoso.....	15
3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	16
3.8 ORIENTAÇÕES E EDUCAÇÃO.....	17
3.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
4 CONCLUSÃO.....	19
ANEXOS.....	20
Anexo 01 – Exames.....	21
Anexo 02 – Exames.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

## DEDICATÓRIA

A minha mãe, irmãs e ao meu noivo. Pessoas que colaboraram nesta jornada que chega ao fim, desejando-lhes paz verdadeiramente profunda .

AGRADECIMENTOS

Quando os ouvidos dos discípulos estão dispostos a ouvir, os lábios do mestre os  
enchem de sabedoria.  
(O CAIBALION)



## INTRODUÇÃO

No decorrer destes dois anos , realizou-se estágio específico onde se colocou em prática as disciplinas estudadas durante o Curso Técnico de Enfermagem .

O Estágio Fundamentos de Enfermagem no período de 31/07/2000 a 04/09/2000 no, Hospital Dona Helena ,Hospital Municipal São José e Hospital Regional Hans Dieter Schmidt , teve como objetivo a realização de técnicas e procedimentos , realizados pela equipe de enfermagem a fim de suprir as necessidades básicas do paciente.

O estágio de Clínica Médica realizou-se no período de 26/10/2000 a 18/12/2000, tendo como objetivo o reconhecimento e estudo aprofundado de diversas patologias.

Já em estágio na Unidade de Terapia Intensiva, objetivou-se o cuidado intensivo e contínuo de pacientes de alto risco onde foram prestados cuidados integrais ao paciente e manusearam-se aparelhos de Unidade Intensiva. Clínica Médica, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva no período de 26/10/2000 a 18/12/2000 nos hospitais: Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

No período de 19/03/2001 a 26/04/2001, realizou-se o estágio em Clínica Cirúrgica , onde o objetivo foi o cuidado do paciente em pré trans e pós-operatório monitorando-o, observando assim sua evolução.

No período de 19/06/2001 a 23/08/2001 realizou-se também estágio de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria com o objetivo de prestar cuidados à parturiente do recém-nascido e crianças observando os cuidados específicos com cada um. Neste foi colhido os dados para este Estudo de Caso no Setor de Gestação de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas com a cliente R.V..

No período de 25/09/2001 a 26/11/2001 realizou-se Estágio em Saúde Pública , reconhecendo os Postos de Saúde da Rede Municipal de Joinville, acompanhando e realizando atividades educativas e preventivas.

O Estágio de Psiquiatria proporciona o conhecimento da rotina de um Hospital Psiquiátrico, bem como cuidados e conforto com este paciente. Realizou-se estágio prático de Administração , com o objetivo de conhecer toda a parte financeira principalmente da instituição reconhecendo a importância de uma boa administração. Ocorreram ambos os estágios nos períodos de 20/11/2001 à 28/11/2001 e 29/11/2001à 08/12/2001, no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e na Maternidade Darcy Vargas respectivamente.

## A EMPRESA MATERNIDADE DARCY VARGAS

Em Dezesseis de Abril de 1947, a Maternidade Darcy Vargas nasce para oferecer um serviço moderno em higiene e comodidade aliado a técnicas especializadas que a comunidade de Joinville tanto necessitava.

No início de seu funcionamento era administrado por um médico e um provedor que foram nomeados pelo Estado e todos os outros serviços internos foram confiados as Irmãs Franciscanas.

A Enfermeira Hilda Anna Krisch foi a grande contribuição da época, pois como enfermeira diplomada pela Escola Ana Nery e com cursos realizados fora do país pode fazer da Maternidade Darcy Vargas um lugar onde todos podiam ficar tranquilos no momento tão importante, que é o nascimento de um filho.

A década de 70 foi o momento que o serviço prestado pelas Irmãs Franciscanas é substituído por um serviço especializado, devido os novos padrões estabelecidos no país.

Na década de 80 e início de 90 a Maternidade Darcy Vargas passa por várias crises financeiras, foram vários aniversários com ameaças de fechamento, passou por uma reforma de ampliação onde a Maternidade Darcy Vargas passou a funcionar no Hospital Hans Dieter Schmidth, sendo que todos os funcionários foram na condição de que retornariam a casa, mesmo assim a apreensão era muito grande.

Neste mesmo período a Maternidade Darcy Vargas é municipalizada, no qual passa a ser gerenciada pela Prefeitura Municipal de Joinville. Sob o comando do Sistema Municipal e com a iniciativa do Prefeito Wittich Freitag de visitar a Maternidade Darcy Vargas, surgiu a idéia de eleições diretas para Diretor onde a Dra. Raquel da Rocha Pereira foi o nome escolhido.

Hoje a Maternidade Darcy Vargas voltou a ser gerenciada pelo Estado e no momento com 55 anos de funcionamento passa por novas reformas, a fim de melhorar as condições de atendimento para binômio mãe e filho.

## ESTUDO DE CASO

### (DMG) DIABETES MELITUS GESTACIONAL (DHEG) DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

#### 3.1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo de caso foi realizado na Maternidade Darcy Vargas, no período de 22/09/2001 à 24/09/2001. No setor obstétrico de gestações de alto risco sob a supervisão da enfermeira Ana com o objetivo de prestar assistência à parturiente, acompanhando tratamento, conhecendo a patologia e prestando os cuidados necessários para a integridade física e mental da parturiente e seu bebê, assegurando-lhes uma gestação tranqüila.

#### 3.2 ANAMNESE

R.V. 28 anos, casada, residente domiciliada em Joinville, Santa Catarina. Internou-se no Hospital Maternidade Darci Vargas para cuidados integrais, multigesta estando na 3ª gestação, com base em dados do Pré-natal onde ocorreram alterações de pressão arterial, e nível de glicose sanguínea onde foi indicada a internação. Ficou em tratamento hospitalar até a data do parto no final de outubro de 2001, com diagnóstico principal de DMG (Diabetes Melitus Gestacional) e diagnóstico secundário de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), sendo que este quadro clínico não se manifestou na 1ª gestação e sim na 2ª e 3ª gestação.

#### 3.3 HISTÓRICO MÉDICO DO CLIENTE

Paciente relata:

Mãe da cliente possui Hipertensão Arterial, não há casos de Diabetes Mellitus na família. Relatou ter ocorrido DMG (Diabete Melitus Gestacional) e DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) na 2ª e 3ª gestação. Tem hábitos alimentares que considera saudável. Faz visita regulares ao ginecologista. Realizava pré-natal e praticava as orientações não há ocorrência de perda perinatal de concepto em gestação anterior.

#### 3.4 EXAME FÍSICO

Cliente tem 28 anos, pele e couro cabeludo íntegro, mucosa oral e vaginal integras. MMII (membros inferiores) pouco edemaciados.

Cliente relata pressão arterial normal de 110X60mmHg, na gestação passou a ter pressão arterial constante de 150X90mmHg, peso 80Kg, temperatura 36° C. Presente eliminações vesicais e intestinais .



### 3.5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DIABETES MELITUS GESTACIONAL

#### 3.5.1 Conceito da Doença

Diabetes Melitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As conseqüências do Diabete Melitus, a longo prazo incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente nefropatia, retinopatia, nervos cardíacos e vasculares.

Diabetes Melitus Gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.

Abrange os casos de Diabetes Melitus e de tolerância à glicose diminuída, detectados na gestação. O estudo multicêntrico Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) revelou que 7,6% das mulheres em gestação apresentam intolerância a glicose ou diabetes. Outros tipos específicos incluem várias formas de Diabetes Melitus decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos.

- a) Defeitos genéticos na ação da insulina;
- b) Defeitos genéticos da função da célula beta;
- c) Doenças do pâncreas exócrino pancreatite neoplásica, hemocromatose, fibrose císticas, etc..
- d) Aqueles induzidos por drogas de produtos químicos, diuréticos, cordiçóides, contraceptivos, etc.

#### 3.5.2 Etiologia

Durante a gestação, o metabolismo materno se ajusta para prover nutrição adequada para a mãe quanto para o feto. No início da gestação, a homeostase da glicose é alterada por níveis crescentes de estrogênio e progesterona, que levam à hiperplasia das células beta e uma resposta aumentada de insulina a uma carga de glicose. A utilização periférica elevada de glicose causa uma redução de 10% nos níveis de glicose materna de jejum ao final do primeiro trimestre. Portanto, mulheres diabéticas que requerem insulina comumente experimentam períodos de hipoglicemia na gravidez inicial. A queda nos níveis de glicose materna resulta em um declínio nas concentrações de insulina de jejum, levando a uma marcante cetonúria por privação. Mecanismos compensatórios para equilibrar este estado e inibição acelerada incluem catabolismo protéico aumentado e gluconeogênese acelerada dos precursores do aminoácido, particularmente alanina.

Apesar dos processos acima, a gestação inicial e intermediária são períodos do anabolismo materno marcado por aumentado acúmulo materno de proteína e gordura. A hiperinsulinemia relativa observada no início da gestação serve para promover a lipogênese e diminuir a lipólise.

Os níveis de glucagon são relativamente suprimidos nas mulheres grávidas normais após as refeições, resultando em hiperglicemia mais prolongada e hiperinsulinemia após a alimentação. Esse período de anabolismo facilitado pode contrabalançar a inanição acelerada do estado de jejum.

Durante a segunda metade da gestação, níveis crescentes de lactogênio placentário humano e outros hormônios contra insulínicos sintetizada pela placenta modificam a utilização materna de glicose e aminoácidos. A resposta da glicose do sangue a uma carga de carboidratos oral ou intravenosa é maior do que no estado não grávido. As ações do lactogênio placentário humano são responsáveis, em parte, pelo estado diabético da gestação caracterizado por uma taxa e quantidade exageradas de liberação de insulina associadas com uma sensibilidade diminuída à insulina ao nível celular. A resistência à insulina no fígado permite a mobilização das reservas hepáticas de glicogênio e produção aumentada de glicose hepática. Outros hormônios que parecem modificar essa resposta incluem níveis elevados de prolactina, estrogênio e progesterona. A ação fundamental de lactogênio placentário humano, estimulação da lipólise com liberação de ácidos graxos livres do tecido adiposo materno, poupa a glicose, um dos mais importantes combustíveis para o crescimento fetal. Os receptores de insulina nos monócitos circulantes não são reduzidos durante o final da gestação, sugerindo que a resistência à insulina possa ser relacionada primeiramente a eventos pós-receptores.

A manutenção de homeostase da glicose normal durante a gestação é alcançada por um aumento compensatório nos níveis de insulina do plasma. Na gestações normais, a hiperplasia das células beta maternas apresenta, a termo, um aumento de 30% na produção de insulina basal

### 3.5.3 Exames

Cliente R.V. realizou Perfil Glicêmico na data de 23/08/2001 com os seguintes resultados:

Glicemia das 7:00 horas.....	60,62 mg/dl	/ Valores de referência: De 70 a 100mg/dl
Glicemia das 10:00 hora.....	101,78 mg/dl	/ Valores de referência: De 70 a 100mg/dl
Glicemia das 17:00 horas.....	93,31 mg/dl	/ Valores de referência: De 70 a 100mg/dl
Glicemia das 19:00 horas.....	103,09 mg/dl	/ Valores de referência: De 70 a 100mg/dl

Dosagem de glicose no mesmo dia com resultado:

Resultado.....84,70mg/dl /Valores de referência: De 70 a 110 m/dl

### 3.5.4 Manifestações Clínicas

Clientes R.V. manifestou os seguintes sinais e sintomas característicos do Diabetes Melitus Gestacional:

- a) Poliúria;
- b) Polidipsia;
- c) Polifagia;
- d) Prurido vulvar;



- e) Achados de hiperglicemia ou glicosuria em exames de rotina anteriores a internação hospitalar
- f) Proteinúria
- g) Infecção urinária de repetição.



### 3.5.5 Tratamento Clínico e Medicamentoso

Paciente R.V. fazia uso de insulina com resultado de dextro conforme tabela abaixo baseada na prescrição do dia 21/08/2001:

Café	Resultado	Almoço	Resultado	Janta	Resultado
Dextro	65mg/dl	Dextro	45mg/dl	Dextro	103mg/dl
Insulina	22UI NPH/	Insulina	08 UI R	Insulina	8 UI NPH

A insulina estava prescrita se necessário.

Determinações da glicose são feitas em estado de jejum, antes do café da manhã, janta e na hora de dormir. Valores pós-prandiais e determinações as 2:00 até as 3:00 da manhã também são úteis. As determinações da glicose urinária não são úteis uma vez que não refletem os valores da glicemia, especialmente durante a gestação quando o limiar renal para a eliminação da glicose pode estar mais baixo e a glicosuria é freqüente em pacientes com tolerância normal a carboidratos.

Durante a gestação, a maioria das pacientes irá necessitar injeções múltiplas de insulina. A combinação de insulina de ação intermediária e insulina regular antes do café da manhã e do jantar é um regime comumente empregado. Como regra geral, a quantia de insulina de ação intermediária usada pela manhã irá exceder a insulina em uma proporção. As pacientes seguidamente recebem dois terços de sua dose total de insulina ao café da manhã e o terço restante a hora da janta.

O tratamento geralmente adotado é o de administrar injeções separadas de insulina regular a hora da janta e insulina de ação intermediária na hora de dormir para reduzir a hipoglicemia noturna.

Também a dietoterapia é fundamental para a regulação da diabete materna. A maioria das pacientes é bem controlada com um programa consistindo em três refeições e diversos lanches. A composição da dieta deve 50% a 60% de carboidratos, 20% de proteínas e 25% a 30% de gordura com menos que 10% de gorduras saturadas, até 10% de ácido graxos poli-insaturados, e o restante de fontes mono-insaturados.

A ingesta calórica é estabelecida baseada no peso corporal ideal. Mulheres obesas podem ser tratadas com uma ingestão tão baixa quanto 1600Kcal/dia. Contudo, não se aconselha redução de peso. Se a cetonúria desenvolve-se, o conteúdo calórico da dieta pode ser aumentado.



### 3.6 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

#### 3.6.1 - Conceito da Doença

A hipertensão arterial complica cerca de 7% a 10% de todas as gestações, incidência que pode variar com a população estudada e os critérios utilizados para diagnóstico. É a complicação médica mais comum da gravidez e a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal.

O diagnóstico de hipertensão na gravidez envolve o diagnóstico de hipertensão propriamente dita, do tipo de pressão arterial e da gravidade do quadro hipertensivo. É definida como a manifestação persistente de níveis de pressão arterial sistólica e/ou diastólica iguais ou superiores a 140x90mmHg. Também é considerada hipertensão arterial a elevação de pelo menos 30mmHg na pressão sistólica e/ou 15mm Hg na diastólica, em relação ao menor valor registrado no segundo trimestre da gestação. Identificar o tipo de distúrbio hipertônico e fundamental, pois a repercussão perinatal e o esquema terapêutico são diferenciados.

No caso da cliente R.V. o diagnóstico secundário é o único que estava descompensado .

#### 3.6.2 Etiologia

A Hipertensão Arterial apresenta:

- a)Proteinúria;
- b)Idade materna acima de 40 anos;
- c)Nível de pressão arterial, no início da gestação, maior que 160x110mmHg;
- d)Diabetes entre as classes B e F ;
- e)Doença renal de qualquer etiologia;
- f)Cardiomiopatia;
- g)Doenças do tecido conectivo;
- h)Coarctação da aorta;
- i)Presença de anticorpo anticoagulante lúpico;
- j)Perda perinatal de concepto em gestação anterior.

#### 3.6.3 Exames

Foram realizados os seguintes exames:

- a)Parcial de Urina
- Características gerais:
- Volume.....70ml
- Cor .....Amarelo Citrino
- Aspecto.....liq.turvo
- Densidade.....1025
- PH.....6,0

## b) Pesquisa Química:

Proteínas.....	Presentes(+)
Glicose .....	Negativo
Corpos Cetônicos.....	Negativo
Urobilinogenio.....	Normal
Nitrito.....	Negativo
Hemoglobina.....	Negativo

## c) Sedimentoscopia (400 X)

Células epiteliais de descamação ....	12500/ml
Leucócitos.....	20000/ml
Hemácias.....	1500/ml
Filamentos de muco.....	Presentes (+)
Leveduras.....	Ausentes
Trichomonas vaginalis.....	Ausentes
Cristais.....	Ausentes
Cilindros.....	Ausentes
Bacteriuria.....	Discreta

## 3.6.4 Manifestações Clínicas

Cliente manifestou os seguintes sinais e sintomas:

- a) Presença de Proteinúria;
- b) Pressão arterial sistólica e/ou diastólica iguais ou superiores a 140x90mmHg;
- c) Escotomas;
- d) Edema em membros inferiores.

## 3.6.5 Tratamento Clínico Medicamentoso

A Hipertensão arterial em gestantes requer cuidados diferentes daqueles que são oferecidos à população geral, pois a razão principal do tratamento de hipertensão arterial dos seus efeitos em longo prazo. Este não é o objetivo principal quando se trata da gestante, pois nem sempre a normalização da pressão arterial é desejável.

Diante da gestante portadora de hipertensão arterial, o mais importante é o diagnóstico do tipo de distúrbio hipertensiva.

A hipertensão arterial na gestante é uma manifestação do organismo para melhorar a perfusão placentária. O uso de antipertensivo nessas gestantes vai contra a própria resposta do organismo materno a hipóxia placentária, tornando-se maléfico ao invés de causar algum benefício.

O antipertensivo deve ser prescrito quando o nível de pressão arterial oferece risco a vida materna, mas devem existir alternativas para a resolução da gestação, pois diminuir a pressão arterial nessas pacientes significa diminuir a oferta de nutrientes e oxigênio ao concepto. A literatura tem mostrado que o tratamento de gestantes com anti-hipertensivos determina maior incidência de recém-nascido de baixo peso.

Nos casos de eclampsia que no fato não ocorreu com a paciente R.V., mas vale ser anotado, o tratamento anticonvulsivante de escolha é o sulfato de magnésio. Existem dois esquemas clássicos de administração do sulfato de magnésio.

a) Esquema de Pritchard

- a) Dose de ataque – 4g por via endovenosa (bolo) – administrados lentamente (dez minutos) + 10g por via intramuscular (5g em cada região glútea)
- b) Dose de manutenção – 5g por via intramuscular a cada 4 horas.

\*b) Esquema de Zuzpan

- a) Dose de ataque – 4g por via endovenosa (bolo), administrada lentamente (dez minutos).
- b) Dose de manutenção – 1g via endovenosa por hora.

O Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp – utiliza, desde 1980, para o tratamento da eclampsia o esquema de sulfato de magnésio de Zuzpan modificado.

- a) Dose de ataque – 4g por via endovenosa (bolos), administrada lentamente (8ml de sulfato de magnésio 50% + 12ml de água destilada)
- b) Dose de manutenção – 2g por via endovenosa (bolos) administrada lentamente, a cada duas horas (4ml de sulfato de magnésio 50% + 16ml de água destilada)

Deve-se observar as seguintes condições após a dose de ataque quando se estiver administrando a dose de manutenção;

- a) Reflexo Patelar;
- b) Frequência respiratória de pelo menos 16 movimentos por minuto;
- c) Cliente sondagem vesical de demora para ser observada, diurese que deve ser de 25 ml/h.

Circunstâncias como administração endovenosa rápida, dose cumulativa, principalmente quando se fazem doses adicionais após crises recorrentes, superdosagem acidental, insuficiência renal.

Na eventualidade de complicações devem ser realizados os seguintes cuidados:

- a) Débito urinário baixo: se não existirem sinais de toxicidade de magnésio, reduzir a dose de Sulfato Magnésio para metade;
- b) Ausência de reflexo patelar: suspender a administração de Sulfato de Magnésio e reavaliar a presença do reflexo patelar a cada 15 minutos antes de se administrar à próxima dose;
- c) Depressão respiratória: suspender a administração do Sulfato de Magnésio, colocar máscara de O<sub>2</sub>, manter o paciente em posição semi-sentada e administrar gluconato de cálcio conforme a descrição a seguir:

O gluconato de cálcio (1g por via endovenosa 10ml a 10% - administrado lentamente) é antídoto do sulfato de magnésio nos casos de sinais de intoxicação por esse íon.



O objetivo do tratamento clínico de gestante com DHEG é diminuir, a curto prazo, os riscos maternos da elevação da pressão arterial e evitar terapêuticas que comprometam o bem estar fetal e prevenir as complicações cardiovasculares da hipertensão grave e se possível a Eclampsia.

A medicação usada pela cliente R.V. para controle da pressão arterial foi Hidralazina(Nepresol). Geralmente é administrada em todas as situações de crise hipertensiva, isto é, pressão arterial persistente de pelo menos 170x120mmHg. A hidralazina é administrada 5 mg endovenosa em bolos como dose inicial e, se necessário, 5 a 10mg a cada 20 a 30 minutos.

Seu efeito máximo ocorre em 20 minutos e duração de ação é de 6 a 8 horas. Seus efeitos colaterais são taquicardia e cefaléia maternas e trombocetopenia fetal. Utiliza-se também o esquema de 40 mg diluídos em 500ml de soro glicosado, administrando-se por bomba de infusão, dose inicial de 10 microgotas por minuto.

Para a cliente R.V. estava prescrito hidralazina 5mg EV se PA 160> 110mmHg.

Quando possível é preferível controlar a pressão arterial sem medicamentos. A estratégia para o tratamento não farmacológico da hipertensão, durante a gestação é diferente daquela do indivíduo da população geral: não se deve estimular a perda do peso e o exercício físico. O repouso no leito é um bom meio de aumentar o fluxo útero-placentário.

A restrição de sódio não é recomendada, pois a gestante hipertensa tem menos volume plasmático que a normotensa e alguns estudos sugerem que a gravidade da hipertensão está correlacionada com o grau de contração do volume plasmático. Mas deve-se manter alguma restrição de sal conforme orientações do obstetra.

O uso do álcool e tabaco deve ser insistentemente desencorajado, pois ambos tem efeitos deletérios para a mãe e o feto.

### 3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nos dias 22 a 24/09/2001 como já foi citado, houve cuidado integral realizando a seguinte assistência de enfermagem:

- a) exercícios passivos e ativos no leito, com o objetivo de diminuir o edema dos membros inferiores.
- b) controle e registro dos batimentos cardio fetais;
- c) controle e registro da pressão arterial materna, pulso e movimentos respiratórios por minuto.
- d) controle e registro do peso diário a fim de observar a retenção de líquidos.
- f) administração de medicamentos conforme prescrição médica;
- g) quando os sintomas e eclampsia, como escotomas, cefaléia occiptal, orientada a avisar a enfermagem;
- h) auxílio nos cuidados de higiene e conforto;
- i) observação e registro das eliminações vesicais e intestinais;

A cliente R.V. realizava todos os cuidados orientados, e bastante independente, sendo que a maior assistência prestada foi o diálogo com a cliente, já que esta estava a mais de um mês e meio em regime de internação hospitalar, tendo apenas recebido uma licença para visita domiciliar.

### 3.8 ORIENTAÇÕES E EDUCAÇÃO

Em todos os momentos de diálogo com a cliente R.V. foi possível dar novas orientações e até mesmo reforçar algumas já citadas por outros profissionais.

Destacam-se as principais fica a anotação:

- a) orientada a auto-aplicação de insulina;
- b) alimentação várias vezes ao dia em pequenas porções, a fim de manter controlado os níveis de glicose;
- c) higiene dos pés com os cuidados de seca-los bem, não usar sapatos apertados e cortar as unhas retas;
- d) higiene vaginal devido às infecções frequentes decorrentes das Diabetes Melitus Gestacional;
- e) repouso no leito em decúbito lateral esquerdo com o objetivo de facilitar a circulação sanguínea interplacentária, já que a Doença Hipertensiva Específica da Gestação provoca deficiência dessa circulação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cliente R.V. mostrou-se bastante acessível, quando lhe foi esclarecido e pedido permissão para a realização deste Estudo de Caso, com sua colaboração foi essencial para a realização deste estudo.

Também foi de grande importância a colaboração da professora Enf<sup>a</sup> Ana Kipell que autorizou visita a Maternidade Darcy Vargas em seu período de supervisão noturna na entidade, para colher os dados necessários do prontuário de cliente.

Por fim, todo o decorrer do Curso Técnico de Enfermagem foi possível também adquirir experiências e aprendizado para a vida.

### 3.9 CONCLUSÃO

Finalizado o curso técnico de Enfermagem, tendo aprendido as técnicas nos estágios de disciplinas como: Fundamentos de Enfermagem, Clínica Médica, e Cirúrgica, Emergência, UTI, Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Saúde Pública, Psiquiatria e Administração, se têm uma pequena visão da dimensão que é uma rotina no Serviço de Saúde, principalmente na área hospitalar. É preciso por exemplo conhecer mais sobre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sua atuação e importância dentro do Serviço Hospitalar, a conscientização sobre a utilização dos materiais e medicamentos com economia .

É preciso também dar importância ao sentimento de segurança do aluno, que está muitas vezes com medos e receios diante de uma situação tão nova, e com grande responsabilidade, que é o cuidado em manter uma vida.

Com certeza a experiência vividas pelos mestres e todo o seu apoio nestes momentos, são os que nos conduzem ao final desta jornada.

Data

Assinatura



## Anexo 02

Nome: ROSICLEIA VIEIRA

Idade: 28 Anos

Sexo: SEM CARIMBO

Data: 23/08/2001

Setor: SETOR C

Entrega: SETOR C

Convênio: MATERNIDADE DARCY VARGAS /SES/FES

Amostra: 01-059882

QUARTO/LEITO: 38/01

## DOSAÇÃO DE GLICOSE

Plasma

Método: Automação

RESULTADO: 84,70 mg/dL

Valor de referencia:

De 70 a 110 mg/dL

Observações: COLHIDO AS 03:00

Resultados Anteriores: 87,60 100,60 104,70 80,10  
 10/12/1999 10/12/1999 02/01/2000 09/01/2000

## PERFIL GLICEMICO

Plasma

Método: Enzimático

GLICEMIA Das 7:00 hs.: 60,62 mg/dL

Valores de Referencias:

De 70 a 110 mg/dL

GLICEMIA Das 10:00 hs.: 101,78 mg/dL

De 70 a 110 mg/dL

GLICEMIA Das 17:00 hs.: 93,31 mg/dL

De 70 a 110 mg/dL

GLICEMIA Das 19:00 hs.: 106,09 mg/dL

De 70 a 110 mg/dL

Dr. GISCARD SIERVO CONTE  
 CRF - 11 - 3266

Dr. MARLON PAVANELLO  
 CRF - 11 - 3306

Dr. PAULO CESAR GIMENES HIDALGO  
 CRF - 11 - 3237

DRª MÁRCIA MARIA PONTES  
 CRF - 11 - 3137

DRª MARINEUSA GIMENES HIDALGO HOFFMANN  
 CRF - 11 - 1927

DRª. RONILDA U. ARAÚJO GIMENES HIDALGO  
 CRF - 11 - 3235

## Anexo 01

# GIMENES



laboratório de análises clínicas

RUA BLUMENAU, 294  
RUA MIGUEL COUTO, S/Nº  
RUA MONSENHOR GERCINO, 3625  
RUA MINISTRO CALÓGERAS, 708  
RUA MARECHAL DEODORO, 84  
RUA LAURO SCHROEDER, 838  
RUA ALVINO HANSEN, S/Nº  
RUA XV DE NOVEMBRO, 5378  
AV. GETÚLIO VARGAS, 292  
RUA MONSENHOR GERCINO, 6859  
RUA FÁTIMA, 2069  
RUA BOEHMERWALD, 1.200  
RUA MÁRIO LOBO, 80 - 15º andar

FONE: 423 - 0039 / 433 - 8058  
ANEXO A MAT. DARCY VARGAS - FONE: 433 - 2127  
FONE: 466 - 0023  
ANEXO À CLÍNIGEM - FONE: 433 - 5600  
ANEXO À CLÍNICA VITAE - FONE: 433-1225  
PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - AVENTUREIRO II - FONE: 433-8058  
ANEXO À ASSOCIAÇÃO DE MORADORES - FONE - 466 -0023  
ANEXO À POLICLÍNICA - FONE: 439 - 6027  
AO LADO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ - FONE: 433 - 8230  
PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - FONE: 466 - 0023  
EM FRENTE AO POSTO DE SAÚDE - FONE: 466 - 0023  
ESCOLINHA - SALA Nº 5 - FONE: 466- 0023  
ANEXO À CLÍNICA FEMINA - FONE: 433 - 1312

89204-250 - JOINVILLE - SANTA CATARINA

Paciente: ROSICLEIA VIEIRA

Idade: \_\_\_\_\_

Nome: JEAN CARL SILVA

Data: 23/08/2001

Endereço: SETOR C

Entrega: SETOR C

Convênio: MATERNIDADE DARCY VARGAS /SES/FES

Amostra: 01-059914

## PARCIAL DE URINA

Urina)

### CARACTERES GERAIS

		Valor de Referencias:
VOLUME.....	70 ml	Variável
COR.....	Amarelo citrino.	Amarelo Citrino
ASPECTO.....	Lig. Turvo.	Límpido
DENSIDADE.....	1025	1.010 a 1.030
PH.....	6,0	Ácida

### RESQUISA QUÍMICA

PROTEÍNAS.....	Presentes (+)	Negativo
GLICOSE.....	Negativo.	Negativo
CORPOS CÉTONICOS.....	Negativo.	Negativo
UROBILINOGENIO.....	Normal.	Normal
NITRITO.....	Negativo.	Negativo
HEMOGLOBINA.....	Negativo.	Negativo

### SEDIMENTOSCOPIA (400 X)

CELULAS EPIT. DE DESCAMAÇÃO...	12500 /ml	Ate 10.000/ml
LEUCOCITOS.....	2000 /ml	Ate 10.000/ml
HEMACIAS.....	1500 /ml	Ate 5.000/ml
FILAMENTOS DE MUCO.....	Presentes (+)	
LEVADURAS.....	Ausentes.	
Trichomonas vaginalis.....	Ausentes.	
CRISTAIS.....	Ausentes.	
CILINDROS.....	Ausentes.	
BACTERIURIA.....	Discreta.	

Demais exames solicitados em andamento...)

Dr. GISCARD SIERVO CONTE  
CRF - 11 - 3266

Dr. MARLON PAVANELLO  
CRF - 11 - 3306

Dr. PAULO CESAR GIMENES HIDALGO  
CRF - 11 - 3237

DRª MÁRCIA MARIA PONTES  
CRF - 11 - 3137

DRª MARINEUSA GIMENES HIDALGO HOFFMANN  
CRF - 11 - 1927

DRª. RONILDA U. ARAÚJO GIMENES HIDALGO  
CRF - 11 - 3235



# REFERÊNCIAS

## Bibliografia

Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus: protocolo, Ministério da Saúde, departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e H'A – Brasília: M.S., 2001.  
– Brasília: M.S., 2001.

Revista Brasileira de Medicina – Caderno de Ginecologia & Obstetrícia – Volume 57 – julho/2000. Grupo Editorial Moreira Jr.

KUPPEL, Robert. Clínica Obstétrica e Gineologia. Editora Interamericana 2ª edição. Rio de Janeiro, 1981.

Rever no  
Manual!