



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

ARIELE CRISTINA DE SOUZA

**HIPERTENSÃO GESTACIONAL E A IMPORTÂNCIA DO
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

**Assis/SP
2017**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

ARIELE CRISTINA DE SOUZA

**HIPERTENSÃO GESTACIONAL E A IMPORTÂNCIA DO
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Monografia apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Ariele Cristina de Souza
Orientadora: Dr^a Elizete Mello da Silva

**Assis/SP
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

SOUZA, Ariele Cristina de.

Hipertensão gestacional e a importância do acompanhamento pré-natal para a prevenção de doenças / Ariele Cristina de Souza. Fundação Educacional do Município de Assis –FEMA – Assis, 2017.

18p.

1. Hipertensão gestacional. 2. Pré-natal. 3. Síndrome HELLP. 4. Assistência.

CDD:
Biblioteca da FEMA

HIPERTENSÃO GESTACIONAL E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS

ARIELE CRISTINA DE SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

Orientadora:

Profª Dra Elizete Mello da Silva

Examinadora:

Profª Ms Rosângela Gonçalves da Silva

Assis/SP
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a minha mãe, meu alicerce, por ter sido mãe e pai ao mesmo tempo e estar presente ao meu lado por todos esses anos, sempre me apoiando para conquistar a graduação em enfermagem. Dedico a minha filha, o motivo pelo qual meu coração é repleto de amor, o verdadeiro e mais puro amor da minha vida, que em cada amanhecer me faz acreditar que sou forte o bastante para vencer por “nós”, e a todos meus amigos e familiares que torceram pela minha grande conquista.

Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me privilegiado com o dom da vida, por me fazer a pessoa que sou hoje, por me ajudar a alcançar meus objetivos mesmo diante de todas as dificuldades presentes e por me manter sempre com o pensamento positivo de que no final tudo dará certo.

Agradeço a minha mãe pela mulher, mãe e avó incrível que é. Por estar ao meu lado sempre me apoiando em todas as decisões tomadas até aqui, por ficarmos juntas mesmo diante das dificuldades da vida, e por estar sempre presente em todos os melhores e piores momentos até aqui, dando sempre o melhor de si.

Agradeço a minha filha Maria Luiza, razão do meu viver, serei eternamente grata por ser uma filha tão carinhosa e cheia de amor. Em seu olhar encontro os motivos e a coragem que preciso para em cada amanhecer conseguir dar o melhor de mim e vencer todas as barreiras da vida.

Agradeço ao meu marido, por ser um ótimo esposo, amigo e pai. Que permanece comigo desde o começo desta caminhada até aqui.

Agradeço aos anjos da guarda enviados por Deus denominados avós por me mimarem desde pequena, por nos acolher, pela preocupação que tem comigo e pelo imenso amor e carinho que tem por minha filha.

Agradeço a minha orientadora pela motivação, paciência e dedicação para realização da presente monografia.

Agradeço imensamente a todos os professores presentes na graduação de enfermagem, por todos os ensinamentos proporcionados durante esta caminhada.

Agradeço a minha turma e pelas amizades que pude conquistar ao decorrer desses anos, pelos trabalhos em equipe realizados e por me proporcionarem os melhores momentos de uma das fases mais importante da minha vida.

E por fim, agradeço a todos aqueles que torceram pela minha vitória e fizeram parte desta caminhada até aqui.

Obrigado!!!

Ariete Cristina de Souza

“A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.”

Paulo Freire.

RESUMO

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) continua sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal. Caracterizada por aumento da pressão arterial, proteinúria e podendo haver presença de edemas visíveis. O pré-natal é o período que antecede o nascimento, o programa do pré-natal tem como objetivo manter a saúde materna fetal para um parto tranquilo, prevenindo possíveis doenças e tratando as já existentes para a prevenção de possíveis complicações, que quando não tratadas, podem levar a óbito. O presente estudo tem como objetivo conhecer a hipertensão gestacional e esclarecer a importância do acompanhamento às consultas de pré-natal. Foi realizado um estudo bibliográfico do tipo exploratório/descritivo, usando os principais descritores, pré-natal, hipertensão gestacional, síndrome HELLP, assistência. As fontes usadas para a pesquisa foram Google Acadêmico, SCIELO e as literaturas foram utilizadas as seguintes citadas: Rezende (Obstetrícia Fundamental 11^a e 12^a edição); NEME Obstetrícia básica 3^a edição; Enfermagem em obstetrícia 3^o edição; Obstetrícia normal 1^a edição. Com o final do trabalho foi observado que o papel do enfermeiro tem extrema importância na realização de planejamentos e consultas de pré-natal, a melhor atenção para a saúde materna e fetal. As doenças hipertensivas da gestação têm grandes chances de evoluir para óbito materno/fetal, quando não tratada de forma rápida e correta. A terapia medicamentosa anti-hipertensiva e anticonvulsivante deve ser administrada com cautela e sob um controle rigoroso para a prevenção de reações adversas que podem levar ao óbito.

Palavras-chave: Hipertensão gestacional; Pré-natal; Síndrome HELLP; Assistência.

ABSTRACT

Specific gestational hypertensive disease (DHEG) continues to be considered a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Characterized by increased blood pressure, proteinuria and the presence of visible edema. Prenatal care is the period before birth, the prenatal program aims to maintain maternal fetal health for a quiet delivery, preventing possible diseases and treating existing ones for the prevention of possible complications, which when not treated, can lead to death. The present study aims to understand gestational hypertension and clarify the importance of follow-up to prenatal consultations. An exploratory / descriptive bibliographic study was carried out, using the main descriptors, prenatal, gestational hypertension, HELLP syndrome, care. The sources used for the research were Google Scholar, SCIELO and the literatures were used the following cited: Rezende (Fundamental Obstetrics 11th and 12th edition); NEME Basic Obstetrics 3rd edition; Nursing in obstetrics 3rd edition; Normal obstetrics 1st edition. With the end of the study it was observed that the role of the nurse is extremely important in the accomplishment of prenatal planning and consultations, offering the best attention to maternal and fetal health. Hypertensive diseases of pregnancy have a high chance of progressing to maternal / fetal death, when not treated quickly and correctly. Antihypertensive and anticonvulsant drug therapy should be administered with caution and under strict control to prevent adverse reactions that may lead to death.

Keywords: Gestational hypertension; Prenatal; HELLP syndrome; Assistance

LISTA DE ABREVIACOES

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPM	Conforme prescrição médica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestaco
DHL	Desidrogenase Ltica
HELLP	Hemolytic elevated liver enzymes low platelet count
PA	Pressão arterial
PE	Pr-eclâmpsia
RN	Recém-nascido
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico Pirúvica
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. PRÉ-NATAL E SEUS BENEFÍCIOS	14
2. PROBLEMATIZAÇÃO	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GERAL	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. JUSTIFICATIVA	19
5. METODOLOGIA	20
6. REVISÃO DA LITERATURA	21
6.1. DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO	23
6.1.1. Hipertensão Arterial	23
6.1.2. Proteinúria	24
6.1.3. Plaquetopenia	24
6.1.4. Elevação das enzimas hepáticas	24
6.2. CLASSIFICAÇÃO	25
6.2.1. Hipertensão Crônica	25
6.2.2. Pré-eclâmpsia	25
6.2.3. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica	26
6.2.4. Eclâmpsia	26
6.2.5. Hipertensão gestacional	27
6.2.6. Complicação – Síndrome HELLP	27
6.3. FISIOPATOLOGIA	29
6.3.1. Alterações renais	29
6.3.2. Alterações vasculares	29
6.3.3. Alterações cardíacas	30
6.3.4. Alterações hepáticas	30
6.3.5. Alterações cerebrais	30
6.3.6. Alterações sanguíneas	30

6.3.7. Alterações hidroeletrólíticas	31
6.3.8. Alterações Útero placentárias.....	31
6.3.9. Alterações fetais	31
6.4. A EVOLUÇÃO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO GASTACIONAL.....	32
6.4.1. A assistência de enfermagem e o cuidado na hipertensão gestacional .	34
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
8. CONCLUSÃO	37
9. REFERÊNCIAS.....	38

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um momento importante e grandioso na vida de uma mulher, necessitando assim de um acompanhamento profissional qualificado, para que possa ser oferecido todo o suporte necessário para a gestante durante todo o seu período de gestação. O período gestacional dura em torno de nove meses, podendo em alguns casos ser menores, como por exemplo, em uma gestação de risco acompanhada de um parto prematuro. Durante o período gestacional, o vínculo entre mãe/filho (vínculo materno) será criado e preparado para que com o bebê nasça também uma nova mulher, agora mãe.

Segundo o ministério da saúde, é considerado Pré-Natal o período que antecede o nascimento. Este é o período onde medidas deveram ser tomadas para que ocorra um rigoroso controle da saúde materno fetal, podendo desta forma, prevenir possíveis doenças gestacionais e controlando as já existentes, impedindo assim que haja um avanço progressivo no seu estado atual.

As doenças hipertensivas da gestação são de diagnóstico clínico e basicamente conhecido por ser uma das doenças mais comuns entre as gestantes e de maior risco, estado entre as principais causas de morbimortalidade materno-fetal, segundo informações colhidas no portal do Ministério da Saúde.

A doença hipertensiva gestacional caracteriza-se pelo aumento persistente da pressão arterial, sendo igual ou maior à 140x90mmhg, verificada em intervalos de 4 horas com a paciente em repouso de pelo menos cinco minutos antes da primeira verificação, seguida de proteinúria igual ou maior à 300mg durante 24 horas e, podendo ser acompanhado de edemas, sendo local ou generalizado (anasarca). Sabendo-se que com o passar dos anos o edema não é mais considerado um sinal usado para a confirmação do diagnóstico de DHEG, pois além de o sintoma poder estar ligado a outra patologia, isto também depende de organismo para organismo.

A hipertensão pode ser hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial, eclâmpsia e hipertensão gestacional. Ao longo do trabalho, serão apresentadas as formas de hipertensão gestacional, tratamentos utilizados, gravidade de cada caso.

O nome Pré-eclâmpsia, é conhecido devido a sua forma de hipertensão mais comum entre as gestantes e a que mais ameaça a vida materna fetal. A evolução para a Eclâmpsia pode ser muito rápida, mesmo quando a PA apresenta-se em níveis não elevados, por isso é importante o diagnóstico precoce da doença.

A pré-eclâmpsia é a hipertensão após a 20ª semana de gestação, podendo ocorrer antes devido à caso de gestação trofoblástica ou hidrópsia fetal, acompanhado de proteinúria, edema (oculto ou visível) e com desaparecimento dos sintomas até 12ª semana após o parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando a hipertensão aparece acompanhada por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas.

Quando a proteinúria é evidente antes da 20ª semana de gestação, pode ser diagnóstico de uma doença renal preexistente. O edema no início poderá ser de forma oculta, podendo ser observado de acordo com o peso da gestante 500g/semana, além disso, o edema não deve ser considerado um sintoma certo da pré-eclâmpsia, pois é algo comum na gestação fisiologicamente normal (REZENDE, 2008).

Os sintomas da pré-eclâmpsia e eclâmpsia são basicamente os mesmos, sendo que quando o quadro evolui para a eclâmpsia há o aparecimento de crises convulsivas, de forma tônico-clônicas generalizadas, que dependendo de sua intensidade pode levar a coma, sequelas e até ao óbito. Sabendo que de acordo com o grau e acontecimento dessas crises convulsivas, a gestação deve ser interrompida e realizar o parto imediatamente, levando em consideração à vitalidade fetal e idade gestacional, mas, em casos de escolhas entre vidas, a vida da mãe sempre será a escolhida para ser salva.

Segundo informações encontradas no COFEN (2012), a cura para a DHEG é o parto. Se no momento o parto não for à escolha apropriada, os sintomas deveram ser controlados para uma melhoria da condição materna e fetal até que possa ser realizado o parto.

A assistência de enfermagem é um papel de extrema importância para a realização dos cuidados direcionados a cada paciente, podendo assim atender as necessidades individuais de cada um. Após a confirmação do diagnóstico da DHEG, existem cuidados que devem ser tomados, para que não desencadeie maiores problemas na vitalidade materna e fetal. O acompanhamento regular nas consultas de pré-natal é de extrema importância para o controle dos sintomas apresentados pela doença.

1.1. PRÉ-NATAL E SEUS BENEFÍCIOS

O pré-natal é o período que antecede o nascimento. O principal objetivo do pré-natal é acolher a gestante desde o início de sua gestação até o período de consultas pós-parto. Durante o período gestacional, ocorrem às mudanças físicas e emocionais, neste momento o diálogo e a compreensão são duas palavras de extrema importância para uma mulher (SAÚDE, 2000).

Com relação aos artigos estudados, pode-se perceber que o acompanhamento rigoroso nas consultas de pré-natal tem se mostrado essencial para o diagnóstico precoce de doenças, sejam elas de origem gestacionais ou transmissíveis, para que possam ser realizadas intervenções de saúde para prevenção da morbimortalidade materna e fetal.

O acompanhamento pré-natal tem como principal objetivo oferecer um desenvolvimento saudável e seguro durante a gestação, prevenindo futuras complicações, e que se existindo alguma patologia possa intervir antes que haja alguma complicação fatal, permitindo assim que no decorrer da gestação mãe e feto sejam saudáveis, para um parto tranquilo (BRASIL, 2012).

Durante a primeira consulta do pré-natal, é de extrema importância que seja abordado a história de vida, desejos, ansiedades e medos. Além das questões de saúde, a gestante precisa também ser orientadas sobre as relações íntimas, estresse, cuidados a serem tomados no caso de uma gestação com riscos evidentes, violência física, tarefas domésticas, vestimenta adequada, alimentação, entre outros. Em caso de uma gravidez indesejada, a gestante precisará ter um acompanhamento junto a uma equipe multidisciplinar, para que problemas futuros possam ser evitados (BRASIL, 2016).

Na primeira consulta deve ser realizada também uma anamnese para melhor conhecimento da gestante, antecedentes familiares, antecedentes ginecológicos e obstétricos, situação da gestação atual. O exame físico completo deve ser realizado, acompanhados de exames ginecológicos e obstétricos. É preciso que o profissional esteja sempre apto para ouvir as perguntas, dúvidas, medos e inseguranças da paciente, isso faz com que fortaleça a relação entre profissional/cliente. O profissional tem também a total competência para tranquilizar a paciente, esclarecer as suas dúvidas e oferecer conforto para o que for preciso.

Além da mudança física, nesta fase, ocorrem também outras grandes mudanças na gestação, como por exemplo, a parte emocional, devido aos hormônios as gestantes ficam mais sensíveis e mais dependentes de cuidados, podendo precisar não apenas dos cuidados assistenciais direcionados a saúde básica, mas também de um apoio psicológico, alguém que possa conversar para expressar seus medos e sanar as dúvidas existentes.

As anotações importantes de cada consulta devem ser feitas também no cartão da gestante, para que a cada retorno possa ser avaliado o progresso de sua gestação, risco obstétrico e perinatal (BRASIL, 2006).

De acordo com o ministério da saúde, consideram-se seis consultas o número mínimo para um pré-natal saudável, porém, a quantidade de consultas dependerá da gravidade gestacional. Gestações de baixo risco costumam ter o número normal de consultas, já as gestantes com maiores riscos, devem ter as consultas mensais até 28ª semana, quinzena entre 28ª e 36ª semanas, e semanal até o nascimento (BRASIL, 2012).

Durante a gestação a mulher realiza alguns exames de rotina que complementam a observação clínica, esses exames são para acompanhar o desenvolvimento de sua gestação. Os exames realizados são importantes para avaliar a saúde materna e fetal, risco de transmissão de doenças para o feto e risco de aborto. Os exames realizados são: hemograma completo, tipo sanguíneo e fator Rh, VDRL, HIV, hepatite B e C, tireoide, glicose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, ultrassonografia (a primeira geralmente é realizada pó via transvaginal), urina I e exame ginecológico. Se apresentar alguma alteração, o médico obstetra solicitará novamente os exames no segundo trimestre, caso contrário, os exames são realizados novamente no terceiro trimestre (COREN, 2016).

Em 1º de junho de 2000, foi instituído pela portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, através do Ministério da Saúde. O programa tem como foco melhorar a qualidade no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

De acordo com o RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro; vol4, 2014), o profissional enfermeiro é considerado apto para realizar consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico, sendo atribuídas a ele, inúmeras tarefas como: assistência ao paciente, abertura do sistema de informação em saúde (SIS); encaminhamentos necessários para o preparo do parto, orientações sobre

cuidados com o recém-nascido, promoção de vínculo entre mãe e bebê, promoção da amamentação eficaz e contínua, entre outras tarefas que o profissional quanto enfermeiro é totalmente apto para realizar. Considerando que existem procedimentos assistenciais onde o enfermeiro é somente autorizado para realizar com especializações, mas que após concluir o processo de especialização no assunto, o enfermeiro torna-se totalmente apto para realizar.

A humanização do parto teve iniciativa por um programa do Ministério da Saúde, adotada desde o início do pré-natal com o principal objetivo de diminuir o número de cesárea e mortalidade materna e infantil do país (HUMANIZA SUS, 2011).

A gestante deve ter consciência de que não existe alta para o pré-natal, e que o acompanhamento regular nas consultas previne o agravamento de doenças gestacionais, devido ao fato de serem diagnosticadas precocemente. As doenças hipertensivas gestacionais podem ser “prevenidas” falando de certa forma, quando iniciado o pré-natal no período de pré-concepção, durante este período patologias poderão ser diagnosticadas precocemente, prevenindo doenças futuras.

Segundo o manual do ministério da saúde (2000), diz que a unidade básica de saúde tem como obrigação orientar a gestante sobre as condutas a serem tomadas durante a gestação, sobre o serviço a ser procurado no caso de urgências e emergências obstétricas, e dar o atendimento adequado à gestante até o final da gestação e período pós-parto.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Considerando as preocupações pertinentes ao nosso tema de pesquisa, indagamos:

- O acompanhamento regular no pré-natal é importante para a prevenção e para evitar o agravo da doença?
- O acompanhamento ao pré-natal deve ser realizado de forma regular e, de acordo com a necessidade de cada gestante?
- Nesse aspecto, qual a função do enfermeiro e da equipe multidisciplinar?
- Com acompanhamento regular é possível prevenir e controlar doenças gestacionais, como por exemplo, as doenças hipertensivas, que ainda continua sendo considerada uma das maiores causas de morbidade e mortalidade materno-fetal?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Enfatizar sobre a importância do acompanhamento regular às consultas de pré-natal para a prevenção de doenças e mortalidade materna/fetal, e a assistência de enfermagem prestada às gestantes portadoras de DHEG, de acordo com a atualidade. O estudo será realizado através de uma revisão de literatura, procurando focar e comparar as mudanças ocorridas na assistência de saúde de acordo com o passar dos anos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Esclarecer a importância do acompanhamento regular nas consultas de pré-natal para a prevenção e tratamento de doenças;

Descrever a assistência de enfermagem prestada as gestantes portadoras da DHEG.

4. JUSTIFICATIVA

A assistência de enfermagem prestada às gestantes portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é um instrumento importante para a futura mãe, pois para termos uma gravidez tranquila e segura os cuidados de enfermagem devem estar voltados para a prevenção de patologias e ao acompanhamento regular das gestantes.

Justificamos a pertinência de nossa escolha pela temática justamente no sentido de contribuir no papel peculiar do enfermeiro no que se refere aos cuidados direcionados especificamente às gestantes hipertensas na promoção do conhecimento e os fatores de risco da doença.

A assistência de enfermagem é fundamental para manutenção da qualidade de vida durante todo o pré-natal, garantindo assim a segurança de um parto tranquilo sem riscos ao bebê e a mãe.

5. METODOLOGIA

O método a ser utilizado nesta pesquisa é de caráter exploratório-descritivo, de acordo com uma pesquisa bibliográfica, onde foi realizada uma breve análise sobre o conhecimento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, a importância do pré-natal para a prevenção e tratamento, e a evolução no diagnóstico e tratamento da doença. A pesquisa foi realizada através de artigos de fontes como Google Acadêmico, SCIELO, Ministério da saúde, COFEN e COREN, BVS, livros e revistas de enfermagem online, para que possa ser feito um breve levantamento do assunto.

6. REVISÃO DA LITERATURA

A DHEG é uma doença caracterizada pelo aparecimento de hipertensão, proteinúria e/ou edema em gestantes normotensas, após a vigésima semana de gestação e podendo permanecer até 12ª semana após o parto. A DHEG é uma doença incurável, exceto com a interrupção da gravidez, com o parto e retirada da placenta (DUSSE et al., 2001).

Para que possa ser classificada como hipertensão, é preciso realizar a correta aferição da pressão arterial, contando sempre com a técnica correta. A gestante precisa estar em um ambiente calmo por cinco minutos de repouso. Será considerado estado hipertensivo quando a PA for igual ou maior que 140x90mmhg, verificado em repouso. A verificação deve ser repetida em intervalos de 4 horas. (BATISTA et al., 2010)

Em maioria das vezes, a hipertensão gestacional acomete com mais frequência mulheres que já possuem diagnóstico de hipertensão crônica, mas isso não quer dizer que mulheres normotensas não tenham pré-disposição para desenvolver pré-eclâmpsia. Devido às alterações causadas no organismo materno em relação à doença, complicações fetais ocorrem, tais como: comprometimento do crescimento fetal, prematuridade e mortalidade fetal/neonatal. (PASCOAL, 2002).

Quando a hipertensão gestacional é descoberta em seu estágio inicial, as gestantes possuem um baixo risco de complicação cardiovascular, não sofrendo maiores danos a saúde materna fetal, sendo assim possível somente uma mudança no hábito de vida e acompanhamento rigoroso ao pré-natal. (BRASIL, 2005).

As alterações fisiológicas que ocorrem na DHEG não são iguais às alterações de uma gravidez normal, na DHEG o primeiro sintoma a aparecer é a elevação da pressão arterial, devido à vasoconstrição arteriolar, onde é exercida uma pressão maior do que o esperado no vaso, ocorrendo um aumento na resistência vascular periférica, desencadeando assim, o aparecimento da hipertensão. Na tentativa de compensar a vasoconstrição arteriolar, o mecanismo compensatório começa a ceder plasma para o espaço extravascular, ocasionando assim o edema. (DUSSE et al., 2001).

Existem duas formas de hipertensão que podem ser consideradas perigosas para a gestação, hipertensão crônica e hipertensão induzida pela gestação. A hipertensão

crônica é quando há presença de hipertensão por qualquer patologia antes da gravidez, onde o valor da pressão arterial é maior ou igual a 140x90mmhg. Já na hipertensão induzida pela gestação, ocorre o aparecimento de hipertensão após a 20ª semana, com o valor da pressão arterial maior ou igual a 140x90mmhg, acompanhada de proteinúria igual ou maior a 300mg/24hrs e podendo ter presença de edemas, lembrando-se que esse tipo de hipertenso se torna crônica quando os níveis pressóricos não voltam ao normal até a 12ª semana após o parto (BRASIL, 2005).

Quando é diagnosticada a pré-eclâmpsia leve ou moderada, é usada a terapia conservadora até que o feto seja viável para o parto, realizando o monitoramento rigoroso dessa gestante e feto durante o período. Algumas medidas podem também ser adotadas, como o uso de aspirina em dose baixa (100mg/dia), evitar ganho excessivo de peso, repouso em decúbito lateral esquerdo, exercícios físicos na primeira metade da gestação, vitamina C e D, entre outros (REZENDE, 2006).

Existe ainda, uma forma mais grave da doença chamada Eclâmpsia, onde sua evolução pode ser considerada silenciosa, devido ao fato de os sintomas serem iguais os da pré-eclâmpsia, porém acompanhados por episódios de crise convulsiva, que podem levar ao coma ou até mesmo ao óbito. (PASCOAL, 2002).

O pré-natal é considerado o período anterior ao nascimento, onde medidas devem ser tomadas para que possa ser preservada a saúde materna fetal. Durante este período as gestantes precisam ser acompanhadas para receberem as orientações e tratamentos corretos, de acordo com cada caso. A participação do enfermeiro é indispensável nos programas que abrangem a saúde da mulher e principalmente, no acompanhamento do pré-natal. (DUARTE, 2014).

O profissional quanto enfermeiro, encontra-se apto para realização de consultas pré-natal, em gestantes de baixo risco. Apto para realizar exames obstétricos, preparos para o parto, recepção do RN, orientações necessárias sobre amamentação e primeiros cuidados com o recém-nascido, entre muitas outras funções que o enfermeiro se apresenta totalmente apto para realizar. (DUARTE, 2014).

6.1. DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

A doença hipertensiva gestacional é a patologia que mais acomete as gestantes durante o segundo trimestre da gestação. As síndromes hipertensivas contribuem como a primeira causa de morte materno fetal, principalmente quando ocorre nas formas mais graves como no caso da eclâmpsia que é acompanhada por crises convulsivas. Um primeiro diagnóstico pode ser feito de forma clínica, devido os principais sintomas específicos da DHEG e logo após, os exames laboratoriais. Precisa ser descoberta rapidamente para que os sintomas possam ser controlados para que não ocorra um agravamento do quadro e seja possível manter uma boa vitalidade materna fetal até que o parto possa ser realizado no caso de imaturidade fetal, pois a única forma de cura é o parto.

6.1.1. Hipertensão Arterial

É considerado um quadro de hipertensão arterial, quando os níveis pressóricos se apresentam com valores igual ou maior que 140x90mmhg, sendo verificada pelo menos duas vezes com intervalos de repouso.

A pressão arterial deve ser verificada com a paciente sentada de maneira correta, braços descruzados e devem estar na mesma altura do coração, as pernas também não deverão estar cruzadas, permanecer em repouso por pelo menos 5 minutos, não ter ingerido café, cigarro ou feito o uso de qualquer outro tipo de droga, o manguito deve ser do tamanho apropriado para o braço do paciente, sabendo que um manguito de tamanho errado não resultará em uma verificação eficaz da pressão arterial, resultando assim em alterações.

6.1.1.1. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Além do diagnóstico clínico, onde é possível avaliar a presença de sinais e sintomas da gestante, como por exemplo, elevação da pressão arterial, presença de edemas, distúrbios visuais, dores, entre outros. Para completar o diagnóstico, é preciso que sejam realizados alguns exames laboratoriais, para se certificar se há presença de proteinúria significativa, baixa contagem de plaquetas e elevação das enzimas hepáticas.

6.1.2. Proteinúria

Proteinúria é uma condição caracterizada pela presença de proteínas na urina, em uma quantidade maior do que o normal. Quando ocorre a elevação de proteínas na urina devido à hipertensão, é geralmente o primeiro sinal de que há algum problema com a função renal. A proteinúria é a excreção de 300mg/3g ou mais de proteínas em urina durante 24 horas. Devido à discrepância entre a proteinúria de amostra única e a proteinúria de 24h, na pré-eclâmpsia, o diagnóstico deve ser baseado em urina de 24 horas.

6.1.3. Plaquetopenia

A plaquetopenia ou trombocitopenia é o nível baixo de plaquetas no sangue. As plaquetas são células sanguíneas que impedem a hemorragia obstruindo os vasos sanguíneos danificados que ajudam na coagulação do sangue. Quando o nível de plaquetas está muito baixo, o indivíduo pode apresentar sangramento inesperado como no nariz e gengiva, manchas roxas ou vermelhas pelo corpo, sangue nas fezes, cefaléia, fraqueza, dor nas articulações e músculos.

A plaquetopenia é diagnosticada na contagem de plaquetas através de uma amostra de sangue (hemograma), quando a contagem é menor que 150.000 células/mm³.

6.1.4. Elevação das enzimas hepáticas

As provas de função hepática são um conjunto de exames laboratoriais, com finalidade de conferir se o fígado está funcionando corretamente. Os valores normais encontram-se de 30-40 U/L no sangue. Alguns distúrbios na

- Enzimas hepáticas TGO e TGP >70 UI/L;
- Desidrogenase láctica DHL >600U/L.
- Bilirrubina acima de 1,2mg/dL
- Presença de esquizócitos.

6.2. CLASSIFICAÇÃO

As doenças hipertensivas gestacionais podem ser classificadas de cinco formas, sendo elas hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional e Síndrome HELLP que é uma complicação da pré-eclâmpsia. Levando em consideração que uma vez não cuidada a DHEG pode desencadear agravamento levando em uma piora do quadro, como pó exemplo no caso da pré-eclâmpsia que se não controlada pode evoluir para uma fase mais grave e até levar a óbito, como no caso da eclâmpsia.

6.2.1. Hipertensão Crônica

A hipertensão crônica é aquela adquirida antes da gravidez ou ante da 20^a semana da gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e os níveis pressóricos não retornam ao normal até a 12^a semana após o parto.

6.2.2. Pré-eclâmpsia

É a hipertensão após a 20^a semana de gestação, podendo ocorrer antes devido à caso de gestação trofoblástica ou hidrôpsia fetal, acompanhado de proteinúria, edema e com desaparecimento dos sintomas até 12^a semana após o parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando a hipertensão aparece acompanhada por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas.

A pré-eclâmpsia pode ser considerada leve (140x90mmhg) ou grave (160x110mmhg) de acordo com o quadro apresentado por cada gestante. E considerada uma pré-eclâmpsia grave, quando apresenta um ou mais dos seguintes sintomas: hipertensão, proteinúria, oligúria, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas e bilirrubinas, presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico, níveis séricos de creatinina (maior que 2mg/dia) e sinais de encefalopatia hipertensiva.

6.2.3. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

É o aparecimento de pré-eclâmpsia em gestantes com hipertensão crônica. Nessas gestantes ocorre um aumento súbito dos níveis pressóricos e/ou da proteinúria. Pode ocorrer trombocitopenia (plaquetas $<100.000\text{mm}^3$) e ocorrer o aumento das enzimas hepáticas.

6.2.4. Eclâmpsia

É caracterizada eclâmpsia quando á presença de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas, podendo ocorrer vários episódios de acordo com a gravidade, quando não causada por epilepsia ou qualquer outra patologia convulsiva. As crises convulsivas podem ocorrer durante o período gestacional, parto e puerpério imediato. A eclâmpsia possui os mesmos sintomas que a pré-eclâmpsia, mas podendo ter os níveis mais elevados de pressão arterial, proteinúria e acompanhado de episódios de crises convulsivas.

De acordo com o (Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2010, 5ª edição), são necessários alguns cuidados gerais para o melhor processo da gestante, tais como: manter um ambiente tranquilo e silencioso, repouso, decúbito elevado a 30°, cateter nasal com oxigênio se necessário e CPM, punção venosa periférica calibrosa, cateter vesical contínuo.

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenção de crises convulsivas recorrentes em mulheres com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. O principal medicamento adotado para esta terapia é o Sulfato de Magnésio.

Na eclâmpsia a terapia anticonvulsivante é de extrema importância para prevenir danos futuros severos. O sulfato de magnésio é a droga escolhida para o tratamento, pode ser utilizado no trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido durante 24 horas após sua primeira dose (BRASIL, 2012).

As doses são divididas entre dose de ataque e dose de manutenção. A dose de ataque corresponde a 4g, sendo 8ml de sulfato de magnésio a 50% com 12ml de água destilada.

Ou então, 5g sendo 10 ml de sulfato de magnésio a 50%, divididos em 5 ml para cada nádega, em administração intramuscular. A dose de manutenção é feita por bomba de infusão 1g/hora, sendo o preparo 10 ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora. Por via intramuscular será administrada 5g, sendo 10ml de sulfato de magnésio a 50% de 4 em 4 horas (SAUDE, 2012).

6.2.5. Hipertensão gestacional

A hipertensão gestacional é definida pelo aumento da pressão arterial após a 20^a semana de gestação, sem proteinúria, podendo ocorrer na época que se aproxima o parto ou no puerpério imediato. O diagnóstico não é definitivo, por esse motivo pode-se incluir tanto os casos de hipertensão crônica como de hipertensão transitória.

6.2.6. Complicação – Síndrome HELLP

Em 1954, a síndrome HELLP foi descrita inicialmente por Pritchard, que descreveu a PE em sua segunda fase, a eclâmpsia, o estágio mais grave no qual predomina a coagulação intravascular disseminada (CIVD). Durante o estudo Pritchard notou que havia um padrão laboratorial diferente com presença predominante de hemólise. A segunda alteração percebida foi a das enzimas hepáticas, que pode não ser específicas de uma lesão hepática, pois qualquer lesão muscular ou cardíaca também eleva essas enzimas.

Em 1984, Louis Weinstein denominou o nome de HELLP, que tem como significado H= hemólise, EL= elevação das enzimas hepáticas, LP= contagem baixa de plaquetas.

A Síndrome HELLP é um quadro clínico considerado como uma complicação obstétrica grave caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas. A Hellp é observada em gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia que apresentam alterações no fígado ou anormalidades na coagulação sanguínea. É dado o nome síndrome, pois é composta por um conjunto de sinais e sintomas.

A síndrome HELLP não é de fácil diagnóstico clínico, já que pode ser facilmente confundida com a pré-eclâmpsia e outras patologias. Para a confirmação do diagnóstico é preciso exames laboratoriais, se houver alterações nos exames laboratoriais para hemólise, alterações das enzimas hepáticas (TGO e/ou TGP \geq 150UI/L; DHL $>$ 600U/L) e baixa contagem de plaquetas ($<$ 100.000/mm³) o diagnóstico se oficializa.

Quando não é realizada uma correta avaliação laboratorial, esses sintomas podem se passar despercebidos e podendo ser diagnosticada somente quando a doença se agravar, podendo causar sérios problemas como edema agudo de pulmão, insuficiência renal, falência cardíaca, hemorragias e rupturas do fígado, podendo levar a falência dos órgãos. Portanto, se a síndrome demora a ser descoberta pode ocasionar tanto morte materna quanto fetal.

No quadro clínico as gestantes podem apresentar vários sinais e sintomas, tais como: dor em região epigástrica ou hipocôndrio direito, mal-estar, cefaléia, náuseas e vômitos, níveis pressóricos muito elevados, alteração no estado de consciência, gengivorragia, hematomas, petéquias e hematúria. Importante lembrar que nem sempre todos os sintomas estarão presentes para um possível diagnóstico, a questão do quadro clínico varia também de acordo com o grau de agravamento da patologia, de qualquer forma o diagnóstico só será totalmente confirmado após a avaliação dos resultados de exames laboratoriais para hemólise, alterações das enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas.

Considerando que a medida para tratamento é o parto, e que a via escolhida será de acordo com a idade gestacional e vitalidade fetal. Poderá ser necessária a transfusão de plaquetas para uma contagem de plaquetas $\leq 50.000\text{mm}^3$ principalmente em caso de parto via abdominal.

6.3. FISIOPATOLOGIA

Segundo literatura de Rezende (2008), devido ao quadro clínico apresentado pela DHEG (sinais e sintomas), ocorrem alterações no organismo diferente das alterações de uma gestação normal, como a disfunção de alguns órgãos e aparelho circulatório.

6.3.1. Alterações renais

Em uma gestação normal, a filtração glomerular aumenta de 40-60% referente ao valor normal antes da gestação. Isso faz com que ocorra uma queda na ureia, creatinina e ácido úrico sanguíneo. Quando a gestante tem a pré-eclâmpsia, a taxa de filtração glomerular diminui de 30-40% referente a uma gestação normal, e a taxa de ureia e creatinina permanecem em uma taxa normal para mulheres que não estão no período gestacional.

A lesão mais característica é a endoteliose capilar glomerular, uma lesão renal específica da pré-eclâmpsia. Esta lesão causa uma intensa coagulação sanguínea, pois ocorre uma diminuição do número de plaquetas, levando a um risco de hemorragia. A perda de proteínas na urina ocorre devido a alteração dos glomérulos (estruturas que realizam a filtração do sangue), quando ocorre um dano neste órgão, as proteínas aumentam permitindo a sua passagem pela membrana

6.3.2. Alterações vasculares

A manifestação mais caracterizada na alteração vascular é o aumento brusco dos níveis pressóricos, onde está ligada com o vasoespasmo das arteríolas. O vasoespasmo ocorre devido à diminuição de substâncias vasodilatadoras e aumento as substâncias constritoras. O vasoespasmo é o responsável pela hipertensão, podendo levar a lesão vascular generalizada, que junto com a hipóxia dos tecidos circulatórios podem levar a necrose hemorrágica de diversos órgãos (REZENDE, 2008).

6.3.3. Alterações cardíacas

Em pacientes com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, a hipertensão pode levar a um risco de edema agudo pulmonar, devido à administração de líquidos na tentativa de expandir o volume sanguíneo (REZENDE, 2008).

6.3.4. Alterações hepáticas

Quando se trata de alterações hepáticas, o principal quadro que se deve averiguar é em relação à síndrome HELLP, quando há o aumento das enzimas hepáticas, dor no quadrante superior direito do abdome e diminuição de plaquetas. Esses sintomas se dão devido à complicação da eclâmpsia.

6.3.5. Alterações cerebrais

O aparecimento de convulsões está relacionado à gravidade da doença e algumas mulheres têm uma predisposição para desenvolver a eclâmpsia. Atualmente já é comprovada que a principal causa da lesão cerebral é a pressão profunda elevada, um acúmulo anormal de líquido que resulta em uma pressão no cérebro. Além do acúmulo de líquido, também pode haver hemorragias e formação de trombos dentro dos vasos cerebrais, resultante dos episódios de convulsão. Por mais que os distúrbios visuais sejam comuns na PE como os “feixes de luz”, a perda total da visão (amaurose) é rara.

6.3.6. Alterações sanguíneas

Há queda na contagem de plaquetas (trombocitopenia), é um sinal para a síndrome HELLP, podendo ocorrer hemorragia cerebral e hepática, e sangramento excessivo no parto, principalmente se for parto cesáreo. Pode haver ativação das plaquetas e lesão celular dos vasos. A causa da diminuição das plaquetas pode ser devido a disposição acentuada de plaquetas nos locais de lesão endotelial. Na ativação das plaquetas há liberação de uma substância tromboxane A₂ (vasoconstritor), causando constrição dos vasos, agregação das plaquetas e mais lesão vascular. Na PE ocorre o aumento da concentração sanguínea, as gestantes não desenvolvem o aumento do volume sanguíneo normal de uma gravidez, mas sim, a redução do espaço dentro do vaso. A concentração

de células vermelhas no sangue se encontra geralmente elevada, mas pode ser baixo se houver hemólise.

6.3.7. Alterações hidroeletrólíticas

As gestantes com hipertensão na gravidez retêm sódio e água em quantidades superiores às gestante normal. Essa retenção provoca o acúmulo de líquidos no espaço intersticial, conhecido como edema. É importante diferenciar os tipos de edema, o gravitacional do generalizado, o edema da gestação normal é percebido em tornozelos, principalmente no fim do dia e está relacionado à pressão venosa sobre os membros. O edema generalizado esta relacionado geralmente ao processo da pré-eclampsia, é mais comum em dedos da mão e face. Embora esse tipo de edema seja característico da hipertensão gestacional, pode ser visto também em gestantes normais.

6.3.8. Alterações Útero placentárias

A circulação útero placentária encontra-se reduzida na hipertensão gestacional, cerca de 40-60%. Devido ao fato de a circulação encontrar-se reduzida, isso leva a um grande risco de descolamento prematuro da placenta, retardo do crescimento da placenta e sofrimento fetal crônico. Além da anomalia dos vasos uterinos, a placenta apresenta alterações vasculares semelhantes a lesões ateroscleróticas, essas lesões ocorrem nas artérias espiraladas que não sofrem as modificações fisiológicas que caracterizam a placenta normal. Essas lesões são acompanhadas de necrose da parede vascular e agregação plaquetária. Devido à obstrução das artérias ocorre o acúmulo de macrófagos cheios de lipídios.

6.3.9. Alterações fetais

Com a redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, o feto pode apresentar sinais e sintomas de sofrimento fetal.

6.4. A EVOLUÇÃO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO GESTACIONAL

Há algum tempo atrás, o termo usado para definir a DHEG, recebia o nome de Toxemia Gravídica, pois antes de maiores estudos serem realizados, acreditava-se que havia a interferência de agentes tóxicos presente na corrente sanguínea, e por esse motivo era usado o nome Toxemia. O termo tornou-se um nome universal para a patologia, diferente dos dias atuais que recebe o nome de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), devido ao seu uso contínuo nas literaturas.

Para que pudesse ser feito uma relevante amostra sobre a evolução da DHEG, foram pesquisados artigos mais antigos entre os anos de 1980 e 1990, pois as literaturas mais recentes (a partir do ano de 2000) mostraram condutas de diagnósticos e tratamentos que são considerados até os dias atuais, levando em considerações algumas mudanças, que em alguns casos são mínimas.

Em um artigo encontrado da Universidade Federal de Santa Catarina do ano de 1990, o edema ainda era considerado um sinal primordial para o diagnóstico da DHEG, a etiologia e fisiopatologia da doença ainda eram desconhecidas e por esse motivo ainda não se sabia ao certo qual seria o tratamento adequado para a doença.

De acordo com a literatura atual, sabemos que a cura para a DHEG é o parto, as modalidades terapêuticas são utilizadas para manter estabilidade materna e fetal até que o parto possa ser realizado. O tratamento depende do “grau de hipertensão” que esta gestante apresenta, em casos de pré-eclampsia grave ou eclampsia com feto viável, a interrupção do parto é a escolha.

A etiologia da dheg continua desconhecida, devido a controvérsias das literaturas, mas alguns fatores podem ser propostos para o desenvolvimento da doença como distúrbios placentários, predisposição genética, distúrbios na coagulação, redução de fluxo sanguíneo uteroplacentário, aumento da resistência vascular, entre outros (COREN, 2012).

Ainda nesse mesmo artigo, nota-se que não era de modo conhecido o uso de corticoides para amadurecimento pulmonar fetal. “Gant e Worley enfatizaram que o objetivo para o tratamento da doença, era aguardar que a gestação decorresse para o amadurecimento pulmonar fetal” (Sartori et al, 1990).

O uso de corticoterapia para o amadurecimento pulmonar em caso de eclâmpsia e pré-eclâmpsia, fortemente recomendado pela literatura desde 1994 pelo *National Institutes of Health*. Após ser adotado o uso de corticoterapia para amadurecimento pulmonar, constatou um índice menor de mortes tanto materna quanto fetal (NEME, 2006).

O uso de terapia anti-hipertensiva durante a gestação é utilizado como forma de urgência hipertensiva e/ ou uso para a manutenção da PA, dos sintomas desencadeados por esta alteração e prolongamento da gestação (NEME, 2006).

Em um artigo encontrado da Universidade Federal de Santa Catarina de 1980, pode ser observado que os níveis pressóricos da pré-eclâmpsia (140x90 mmHg) continuam sendo considerados até o presente momento. Um ponto importante que foi observado durante o estudo, foi que na época a DHEG era considerada a partir de 24^a semana de gestação, sendo que atualmente de acordo com as literaturas a DHEG pode se a partir da 20^a semana de gestação, ou antes.

Ainda nesse mesmo artigo de 1980, era considerado proteinúria os níveis acima de 150mg em 24 horas. Com a evolução de novos estudos e pesquisas, atualmente considera-se proteinúria significativa para DHEG quando nível é \geq à 300mg em 24 horas e que em alguns casos a proteinúria poderá não estar tão presente.

De acordo com as literaturas pesquisadas, os diagnósticos para a DHEG continuam sendo, PA \geq 140/90mmhg, proteinúria 300mg em 24 horas, e podendo haver presença de edema visível.

Em 1987, um grupo de especialistas da OMS, preconizou a pesquisa de proteinúria durante o pré-natal por fita reagente, a partir de 24^a de gestação. Atualmente, de acordo com artigos e livros a pesquisa de proteinúria é feita a partir da 20^a semana de gestação.

O tratamento da hipertensão gestacional tem como finalidade diminuir a pressão sanguínea, pois diminui a resistência dos vasos e promove o relaxamento da musculatura lisa das arteríolas.

De acordo com os artigos mais recentes a Metildopa é considerada a droga mais segura e eficaz para o tratamento de hipertensão gestacional, pois não afeta a restrição de crescimento fetal, porem, isso não quer dizer que é isenta de riscos. A metildopa é um antagonista central que diminui a resistência vascular sem alterar o débito cardíaco.

A Hidralazina também tem mostrado ser um medicamento bastante usado no tratamento de crise hipertensiva gestacional. O medicamento age como vasodilatador, sendo indicada para tratamento de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Os medicamentos devem sempre ser observados com cautela quando seu uso é feito juntamente com Sulfato de Magnésio.

Em um artigo da BVS do ano de 2004, mostra que em um estudo realizado em pacientes com pré-eclâmpsia sobre o uso de sulfato de magnésio para prevenção de eclâmpsia, relatou que houve 50% da redução de casos de eclâmpsia e morte materna/fetal. (WANNMACHER, 2004).

6.4.1. A assistência de enfermagem e o cuidado na hipertensão gestacional

As doenças hipertensivas gestacionais estão entre as causas mais frequentes de morte materna. As doenças hipertensivas gestacionais são definidas pelo aumento dos níveis pressóricos após a 20^a semana de gestação.

A assistência de enfermagem é uma ferramenta primordial para uma assistência adequada e benéfica para o quadro clínico da paciente, em qualquer unidade de saúde seja ela de nível primário, secundário ou terciário. Devemos concordar que a assistência médica é primordial para a investigação do paciente sobre suas possíveis patologias, exames, tratamentos e medicamentos a serem utilizados, mas quando a equipe médica e de enfermagem trabalham em grupo é possível conseguir um progresso melhor e mais rápido da paciente. Costuma dizer, que o médico trata a doença e o enfermeiro o paciente, esta fala condiz, pois o profissional de enfermagem está presente por 24 horas durante o tratamento do paciente. Os cuidados diários, responsabilidade com a administração de medicamentos fica por responsabilidade da equipe de enfermagem.

O profissional quanto enfermeiro tem como objetivo proporcionar a melhor estabilidade e conforto para seu paciente, visando na melhora de seu quadro clínico. Para isso o enfermeiro usa de uma ferramenta chamada SAE (Sistematização da Assistência de enfermagem), a SAE é uma ferramenta privativa do enfermeiro, composta por cinco etapas que formam o processo de enfermagem: Histórico (anamnese+exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. A SAE permite que o profissional possa ter um controle do quadro do paciente, podendo oferecer uma melhor assistência e percebendo sua melhora clínica.

O processo de enfermagem é o método utilizado para que na prática, possa ser implantada uma teoria de enfermagem, para uma melhor resolução do processo de cuidado com o paciente (ALVIM, 2013).

Assim como em outros casos, a gestante hipertensa necessita de um cuidado específico, um rigoroso monitoramento da vitalidade materna e fetal faz com que o profissional possa perceber as melhoras e pioras do quadro clínico da gestante.

Em uma gestante com DHEG, podem ser realizadas muitas intervenções, dentre elas, podemos citar algumas, tais como:

- Avaliar sinais vitais conforme normas da instituição ou quando necessário;
- Avaliar vitalidade fetal;
- Atentar para a infusão de volumes;
- Manter decúbito elevado entre 30°-45°;
- Administrar medicamentos CPM, sempre nos horários prescritos;
- Manter acesso venoso periférico calibroso e permeável;
- Aconselhar a gestante repousar lateralizada para o lado esquerdo
- Manter ambiente calmo, tranquilo e arejado;
- Manter grades laterais elevadas para evitar lesões em caso de convulsão;
- Permitir um tempo para perguntas da paciente ou acompanhante;
- Oferecer apoio á gestante quando necessário;
- Atentar aos sinais de piora do quadro;
- Atentar para sinais de síndrome HELLP;

O profissional precisa estar atendo quanto às necessidades reais de sua paciente de acordo com o estado clínico e a partir daí, o profissional poderá elaborar uma conduta de enfermagem humanizada e individualizada, tratando da paciente de forma individual promovendo melhor resultado em seu tratamento. No caso da DHEG, o enfermeiro deve observar estimular e orientar a paciente em intervenções que melhorem o seu quadro clínico.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o processo de pesquisa bibliográfica, pois possível perceber que a DHEG ainda continua sendo uma das principais causas de morte materna e fetal, apesar dos tratamentos por medicamentos, fisioterapias, etc.

De acordo com a pesquisa dos Manuais Técnicos do Ministério da Saúde entre os anos 2000, 2005, 2010 e 2012 sobre o pré-natal, podemos dizer que o pré-natal apresenta 100% de sucesso para uma gestação controlada quando realizado corretamente, por profissionais competentes, através de medidas funcionais, educacionais e de saúde. Nos manuais analisados, foi possível perceber a mudança em alguns aspectos clínicos, porem, as condutas sobre a importância do pré-natal e seus benefícios para uma gestação “tranquila” vem sendo faladas desde o manual de 2000, onde o Ministério da Saúde instituiu o programa de humanização e pré-natal.

Em relação aos medicamentos usados para a terapia anti-hipertensiva, todas as literaturas estudadas, pretendem promover o mesmo efeito “diminuir o fluxo sanguíneo materno e aumentar o fluxo da placenta”.

Contudo pode-se dizer que o papel do enfermeiro apesar de ser de extrema importância para todos os aspectos da saúde, é possível perceber que ainda faltam mais estudos na área obstetrícia, para que mais dúvidas possam ser sanadas e com isso novos diagnósticos possam ser realizados para a ajuda no processo de cuidado de cada gestante, pois muitos artigos, apesar de ser atual, mostram basicamente o mesmo conteúdo escrito que os demais artigos mais antigos de 5/10 anos. Acredito que com a chegada de NOVOS estudos e descobertas, o tratamento poderá ser realizado de forma mais eficaz.

8. CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado foi possível perceber que é indispensável o acompanhamento regular nas consultas de pré-natal para prevenção de doenças, como por exemplo, as doenças hipertensivas gestacionais, que quando não tratadas seus agravos podem levar a morte de ambos (mãe e feto). Sabendo dos fatores de risco, um tratamento preventivo pode ser realizado no período pré concepcional com a finalidade de prevenir problemas futuros. O enfermeiro tem um importante papel no cuidado da paciente hipertensa, promovendo o cuidado de forma integral e correta, procurando sempre melhorar o quadro clínico, através do uso da SAE.

9. REFERÊNCIAS

ALVIM, André Luis Silva. "O processo de enfermagem e suas cinco etapas." **Enfermagem de foco**, v.4, n.2, p. 140-141. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/531>> Acessado em: 10 julho, 2017.

BATISTA, Karina Barros Calife et al. **Atenção à gestante e a puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. SES/SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 91-98, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 3ª Edição, p. 21-31, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Gestação de Alto Risco**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 5ª Edição, p. 27-41, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da atenção à saúde. Cadernos de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, n,32, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascer no Brasil: Pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/13055-nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>> Acessado em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 5ª edição, p.27-41, 2010.

BUSSÂMARA, Neme. **Neme Obstetrícia Básica**. Ed.3, cap.35, cap.12. São Paulo: Savier, 2006.

CARVALHO, Mota, Geraldo. **Enfermagem em Obstetrícia**. Ed. 3, cap.11, p.69-73, 2007.

COFEN. **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)**. 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=376:doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg-&catid=39:blog&Itemid=65> Acessado em: 11 jul. 2017.

DE Oliveira, R. S. et al. "Síndrome Hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem." **Enfermería Global** v.11, n.4, p.337-345, 2012.

DOURADO, Guilherme, Viviani; PELLOSO, Marisa, Sandra. ACTA Paul Enferm. **Gravidez de alto risco: O desejo e a programação de uma gestação**. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1):69-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000100012&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 11 jul. 2017.

DUARTE, S. J. H; ALMEIDA, E. P. RECOM: Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro. **O Papel do Enfermeiro do Programa Saúde da Família no Atendimento Pré-natal**, vol. 4, N. 1, 2014 Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/.index.php/recom/article/viewArticle/137>> Acessado em: 09 jun. 2017.

DUSSE, Luci Maria Sant'ana; VIEIRA, Lauro Mello; CARVALHO, Maria das Graças. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **J bras patol med lab**, v. 37, n. 4, p. 267-272, 2001.

KATZ, L. E. I. L. A., et al. "Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica." **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** (2008).

MENE,

NORONHA, Neto C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Rev Bras Ginecol Obstet. **Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências**; vol. 32, n. 9, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n9/v32n9a08> > Acessado em: 09 jun. 2017.

PASCOAL, Istênio, F. **Hipertensão e Gravidez**. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 9, n. 3, pag. 256-261, 2002. Disponível em: < [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)012.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)012.pdf)> Acessado em: 19 out. 2016.

MONTENEGRO, Rezende, Filho. **Obstetrícia Fundamental**. 12ª edição, Rio de Janeiro, 2011. Cap. 11, Cap. 18.

MONTENEGRO, Rezende Filho. **Obstetrícia Fundamental**. 11ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 18, pag. 204-217.

SIST, O. "Tratamento anti-hipertensivo na gravidez baseado em evidências." **Femina**, v.36, n.10, 2008.

WANNMACHER, Lenita. "Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe." **Uso acional de medicamentos: temas selecionados**, 1 (2004): 1-6.