

FACULDADE PATOS DE MINAS-FPM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

POLLIANE CRISTINA NOGUEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES
PORTADORAS DE DOENÇA HIPERTENSIVA
ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

PATOS DE MINAS

2016

POLLIANE CRISTINA NOGUEIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES
PORTADORAS DE DHEG**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas, realizado sob a orientação da Professora Me. Renata Ferreira dos Santos Oliveira e Co-orientação da Professora Me. Luiza Araújo Amâncio Sousa.

PATOS DE MINAS

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre me proteger e me iluminar nesta etapa em minha vida, por ter me carregado infinitas vezes em seus braços naqueles momentos difíceis, permitindo-me chegar até aqui.

Agradeço aos meus Pais, pois, sem eles, não conseguiria ser a pessoa a qual sou hoje.

A minha filha, Ana Júlia, que tanto amo, que tanto me dá força a continuar, buscando sempre o melhor e que, por muitas vezes, estive ausente durante o seu crescimento.

Ao meu namorado, Márcio, que muitas das vezes em que desanimei, estava ali pra me animar, mostrando-me que todo esforço iria valer a pena no final.

Às minhas amigas, companheiras destes cinco anos de curso, Lara, Laís e Rosilene meu muito obrigado pelas confidências, pelo companheirismo, pelas altas risadas e olhe que não foram poucas, pela amizade que quero carregar por toda a vida.

Aos professores, meu agradecimento pelos ensinamentos.

Enfim, obrigado a todos que me ajudaram de alguma forma a chegar até aqui concretizando esse sonho.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridade, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Não podemos esquecer que nós, ainda que incompleto, fomos o maior aventureiro da história.”

Augusto Cury

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PORTADORAS DE DHEG

Aluna: Polliane Cristina Nogueira*

Orientadora: Professora Me. Renata Ferreira dos Santos Oliveira**

Co-orientadora: Professora Me. Luiza Araújo Amâncio Sousa ***

RESUMO

Inúmeros desafios surgem durante o ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem profundas mudanças fisiológicas no corpo da mãe, para que essa possa abrigar o feto que irá se desenvolver. Algumas patologias podem aparecer neste período e comprometer a saúde da mulher e do feto. Este artigo visou a esclarecer sobre as Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG), que são uma das causas de morte materna mais frequente no Brasil, identificar os sinais e sintomas destas síndromes hipertensivas e destacar a importância do Enfermeiro na assistência destas gestantes.

Palavras-chave: Enfermeiro Obstetra. Gestação. Síndromes Hipertensivas. Eclâmpsia. Síndrome de HELLP.

ABSTRACT

* Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas. E-mail: pollianecristina@hotmail.com

** Professora Mestre-UFU em Linguística. E-mail: renataferreiracc@gmail.com

***Professora Mestre-UFG-CAC em Gestão Organizacional. E-mail: luizaaraujoamancio@yahoo.com.br

Numerous challenges arise during pregnancy and childbirth, during which there are profound physiological changes in the mother's body, so that it can house the fetus to develop. Some conditions may appear in this period and compromise the health of the woman and the fetus. This article aims to clarify the Specific Hypertensive disorders of pregnancy (HDP), which are a cause of frequent maternal deaths in Brazil, identify the signs and symptoms of these hypertensive disorders, and highlight the importance of the nurse in the care of these pregnant women.

Keywords: NurseMidwife. Gestation. HypertensiveSyndromes. Eclampsia. Syndrome in HELLP.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gestação é um período de mudanças fisiológicas complexas que necessitam de acompanhamento multiprofissional frequente, devido à possibilidade do comprometimento da saúde da mãe e do feto, como nas Síndromes Hipertensivas que se dividem em Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e Síndrome HELLP. Essas estão relacionadas ao aumento da pressão arterial da mulher induzida pela gravidez, e, no Brasil, constitui a primeira causa de morte materna. Destacou-se, neste artigo, a importância da atuação do enfermeiro na prevenção, orientação e nos cuidados prestados a pacientes portadoras da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (doravante DHEG).

A gestação é, sem dúvida, um período muito esperado por muitas mulheres, mas com este período vêm também as mudanças no organismo e em todo o corpo, alterações essas que vão gerar muita insegurança, medo e ansiedade em algumas mulheres. Todavia, faz-se importante ressaltar que estas transformações têm como objetivo proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento fetal, e é de extrema importância o conhecimento e entendimento destas mudanças. A equipe responsável pela atenção destas mulheres deve oferecer uma assistência adequada, visando à proteção da vida desta gestante e da criança a ser gerada, diminuindo, assim, riscos de uma gestação complicada. Vale lembrar que a maioria

das gestações transcorre sem nenhuma intercorrência, entretanto, parte das gestações pode apresentar complicações durante algum período do ciclo gravídico-puerperal, podendo colocar em risco a saúde da mãe e do feto, inscrevendo, aqui, a importância desta pesquisa.

Entre as doenças maternas que podem ocorrer durante o período gravídico, a DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) é considerada uma das mais sérias e mais comuns complicações do ciclo gravídico-puerperal, com incidência em 15% a 20% da mortalidade materna e mortalidade perinatal (ZIEGEL & CRANLEY, 2008).

Para as mulheres, cujas gestações são classificadas como gestação de alto risco, a assistência de pré-natal vai ter o papel de identificar precocemente alguma anormalidade, podendo, desta forma, proporcionar orientações, visando à manutenção da saúde e à prevenção de doenças (FERREIRA; CAMPANA, 2004).

A atenção realizada durante o pré-natal pode não prevenir complicações de parto como hemorragias, obstruções do trabalho de parto, porém determinadas intervenções podem alterar e favorecer o prognóstico materno e fetal. Portanto, uma assistência adequada poderá contribuir significativamente para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil (BARROS, 2009).

Neste sentido, lembra-se que as altas taxas de morbimortalidade materna permanecem como um desafio a vencer e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução destas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação (CUNHA et al., 2009)

O Enfermeiro Obstetra é o profissional que se dedica ao aprendizado contínuo na assistência da gestante, atuando no momento do parto. Com sua atuação segura ocorre a diminuição do intervencionismo durante o trabalho de parto, e também as intercorrências. É, neste sentido, o profissional que conhece e respeita os aspectos fisiológicos e socioculturais, além de zelar pela mãe e seu bebê, oferecendo um cuidado individualizado e especializado, minimizando, assim, possíveis prejuízos à saúde da mulher e do seu bebê.

O objetivo geral deste estudo foi propor uma reflexão sobre a importância da atuação do Enfermeiro na assistência das gestantes portadoras das DHEG. A

pesquisa também destacou desta patologia os principais sinais e sintomas e, principalmente, enfatizou como o Enfermeiro pode ajudar a minimizar os prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

Para realização deste trabalho foi realizado uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório, através de diferentes bases de dados virtuais da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), sites e Manuais do Ministério da Saúde, acervo da Biblioteca da Faculdade de Patos de Minas (FPM), através de descritores referentes à assistência de enfermagem frente ao atendimento à gestante portadora da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

2 PRÉ-NATAL

Com origem na primeira década do século passado, em Boston, Estados Unidos, o pré-natal tem como objetivo principal, assegurar uma gestação livre de complicações e o nascimento de um bebê saudável. A assistência relacionada ao pré-natal deve visar à prevenção, identificação precoce ou ao tratamento específico para aquelas gestantes que, por ventura, venha a desenvolver complicações durante esse período gravídico (ZUGAIB; RUOCCO, 2005).

Conhecer a gestante e o contexto sociocultural em que está envolvida são importantes porque revela aspectos fundamentais para uma anamnese completa: sua idade, se houve gestações anteriores e complicações, hábitos alimentares, rotina, entre outros. O Enfermeiro deve identificar os fatores que podem aumentar os riscos de se desenvolver síndromes hipertensivas na gravidez, como primiparidade, história de pré-eclâmpsia na família, hipertensão crônica, diabetes, gestações múltiplas (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

Sabe-se que pré-natal é essencial para uma assistência adequada e segura. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) consultas durante o período gravídico. Deve ser dispensada uma atenção especial às grávidas com maiores riscos de alguma complicação durante a gestação. Vale lembrar também que, além da quantidade do número de

consultas realizadas, é de suma importância a qualidade destas consultas oferecidas. Ainda de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, lembrando que não existe uma alta do pré-natal.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas, assegurando, desta maneira, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e do neonatal (Ministério da Saúde, 2012).

Uma assistência de pré-natal eficaz permite o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação, reduz ou elimina fatores e comportamentos de riscos que podem ser corrigidos por meio da comunicação visando ao esclarecimento de dúvidas e incertezas (KILSZTAJN et al., 2003).

Peixoto, Martinez e Valle (2008) enfatizam que a consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do Enfermeiro e constitui uma ferramenta fundamental para estabelecer um vínculo de confiança com a paciente, facilitar os exames necessários e garantir prioridade às gestantes de alto risco, identificar sinais e sintomas das DHEG nestas mulheres, orientar quanto à dieta hipossódica e hiperproteica, realizar um exame físico cuidadoso, fazer medicação e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da pressão arterial e registrando os valores.

Considerando o pré-natal e o nascimento como um momento único e especial na vida de uma mulher, o enfermeiro deve assumir a postura de orientar, compartilhar saberes e buscar devolver na mulher a autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Neste sentido, CARVALHO et al.(2005) lembra a importância do enfermeiro iniciar o preparo da mulher para o parto ainda durante o pré-natal, fornecendo informações a respeito do cuidado com o corpo, dor do parto e técnicas de relaxamento as quais podem ser utilizadas, uma vez que a dor do parto é muito temida por todas.

Segundo Zugaib e Ruocco (2005) existem evidências que o estado emocional da gestante pode ter efeito direto na saúde do feto. Destaca também que quando se recebe uma assistência adequada existem menores números de complicações,

surgindo também benefícios como a diminuição da incidência de complicações materno fetal e, especialmente, dos abortamentos, dos óbitos fetais e da mortalidade materna.

Logo, ressalta-se que o enfermeiro deve mostrar à população a importância de se acompanhar a gestação desde as primeiras semanas de confirmação da gravidez tendo como foco a prevenção, promoção e o tratamento de distúrbios durante e após a gravidez (BENIGNA et al.,2004).

É de responsabilidade deste profissional, portanto, realizar ações educativas para estas gestantes e sua família, acompanhamento das gestações de baixo risco, solicitação de exames de rotina, orientar tratamento de acordo com o protocolo definido da instituição, coletar exame citopatológico, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílio (PEREIRA et al.,2008).

Nesta linha de raciocínio, conclui-se que um pré-natal de qualidade é primordial para evitar mortes por doenças hipertensivas, hemorragias, sepses e por outras doenças diretas, além de permitir a indicação correta para cesarianas (BENIGNA et al.,2004).

3 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial está presente em 5 a 10 % das gestantes, sendo responsável pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2016). Classificada como um sinal clínico e não como uma doença, pode ser secundária a outras patologias clínicas e tem sua etiologia desconhecida (NEME, 2000).

Existem alguns tipos de hipertensão que devem ser levadas em consideração quando se tratar de gestante tais como: Hipertensão crônica, Hipertensão gestacional e a Hipertensão transitória que serão descritas abaixo.

A hipertensão crônica é aquela que está presente antes da gravidez ou foi diagnosticada até a 20ª semana de gestação, mantendo um nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmhg. Entretanto, a pressão arterial tende a cair até na

metade da gestação, possibilitando, deste modo, um melhor controle (BRASÍLIA, 2005)

Hipertensão induzida pela gestação ou hipertensão gestacional refere-se ao aparecimento da hipertensão em consequência da gestação, ocorrendo após a 20ª semana de gestação e podendo ou não desaparecer até 6ª semana após o parto. Contudo, sempre que houver pressão alta, os níveis de pressão serão maiores que 140/90mmhg em gestantes (CORTELA &KALIL,2001).

Queenan (2010) lembra, neste sentido, que a hipertensão gestacional é considerada grave se houver uma elevação sustentada na pressão sanguínea sistólica de pelo menos 160mmhg ou da pressão sanguínea diastólica de pelo menos 110mmhg por, no mínimo, seis horas, podendo evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, pode levar a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal (BRASÍLIA, 2005).

A hipertensão transitória é aquela que a pressão arterial geralmente volta ao normal em torno da 12ª semana do pós-parto, podendo ocorrer nas gestações futuras (BRASÍLIA, 2005).

Muitas gestações podem desenvolver-se normalmente mesmo quando a pressão arterial estiver elevada. Peixoto, Martinez e Valle (2008) lembram que certo grau de hipertensão pode ser benéfico se o fluxo sanguíneo útero placentário estiver adequado para os órgãos maternos.

Em todos os casos, gestantes hipertensas devem procurar orientações do seu médico para serem orientadas quanto a possíveis complicações que possam surgir no decorrer da gestação. Algumas medicações usadas por mulheres hipertensas não podem ser utilizadas durante a gravidez, como o grupo de anti-hipertensivos chamados inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina), esses podem levar a alterações da função renal do feto, bem como à morte fetal (CORTELA &KALIL, 2001).

O enfermeiro, por sua vez, poderá desempenhar cuidados a estas pacientes com hipertensão gestacional tais como: controlar a pressão sanguínea, estimular a diurese, controlar o bem-estar fetal, auxiliar na redução da dor, náuseas e vômitos, reduzir e prevenir edemas (FARIA, 2013).

4 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

A evolução da gestação normalmente acontece sem intercorrências, porém algumas mulheres podem apresentar alguns sintomas ou problemas físicos desagradáveis, fazendo, então, que sejam necessárias algumas adaptações. Sendo assim, partes destas gestantes podem apresentar características ou sofrerem de alguma doença, caracterizando o grupo denominado de gestantes de alto risco. A gravidez torna-se de alto risco na presença de algum fator de risco materno ou fetal (BARROS, 2009).

Considerando as causas relacionadas diretamente com a função reprodutiva, Barros (2009, p. 102) destaca que

“As doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas são situações evitáveis por meio adequada assistência do ciclo gravídico puerperal. As doenças hipertensivas determinam o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas decorrentes da hipóxia cerebral.”.

Complementando esta linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde (2001) a Doença Hipertensiva Específica da Gestação foi descrita desde os tempos antigos em que os primeiros registros começaram a ser feitos e cuja ocorrência era atribuída a maus espíritos, mau gênio e mais recentemente, à ingestão de sódio e ao ganho de peso durante a gestação.

Reimberg e Tocci (2002) ressaltam que a identificação precoce da doença pode impedir a sua evolução para as formas mais graves, portanto, os cuidados devem ser iniciados desde o pré-natal de baixo risco, principalmente naquelas gestantes com maior probabilidade de desenvolver a doença. Uma vez que a pré-eclâmpsia, devidamente tratada, quase sempre pode ser controlada de forma a não progredir até a convulsão.

A Doença Hipertensiva Específica da gestação pode se desenvolver a partir da 20ª semana de gestação ou no período puerperal imediato, podendo ser classificada como Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. A presença

de hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema são dados que caracterizam a DHEG e são considerados como tríade da DHEG (CUNHA, OLIVEIRA; NERY, 2007).

Neme et al. (2005) classificam a DHEG em dois quadros clínicos principais: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. Porém, a patologia pode apresentar diversas formas clínicas, entre elas a Síndrome de HELLP. De acordo com Angonesi e Polato (2007), a maioria dos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia ocorrem após a 20ª semana de gestação. A DHEG, geralmente, termina com o parto, podendo persistir até seis ou oito semanas após o parto, podendo ainda retornar em gestações seguintes.

Assis, Viana e Rassi (2008) descrevem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver a DHEG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedente familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra.

Podemos dividir os fatores de riscos em fatores extrínsecos e fatores intrínsecos ou obstétricos. Os fatores extrínsecos são: raça negra, idade, obesidade, tabagismo, nível socioeconômico (lembrando que quanto mais baixo maior a incidência), diabetes, nefropatia, antecedentes familiares e hipertensão arterial. Fatores intrínsecos ou obstétricos são: primiparidade, gestação com maior massa, sobredistensão uterina e gravidez ectópica avançada (ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ, 2009).

De acordo com Péret et al. (2007), grande maioria dos óbitos maternos está relacionado às condições precárias socioeconômicas da população, falta de investimento na rede hospitalar, despreparo daquele que oferece o atendimento à gestante, o que sugere que o profissional necessita ter conhecimento e habilidades necessários para acompanhamento de uma gestação normal, além de competência para identificar fatores de risco para a saúde materna e fetal.

Neme et al. (2005) descrevem, em tempo, que a morte materna na DHEG é mais frequente quando há complicações como hemorragia cerebral, insuficiência respiratória e edema agudo de pulmão.

5 PRÉ-ECLÂMPسيا

Considerando as inúmeras teorias comentadas sobre a pré-eclâmpsia, Santos et al.(2010, p. 128-129) destaca que

“Entre as várias teorias propostas, a pré-eclâmpsia pode estar associada a alterações imunológicas com resposta materna anormal ao trofoblastos. A má adaptação placentária desencadearia lesões endoteliais prejudiciais à manutenção natural da gravidez. Como consequência final, são evidenciadas alterações funcionais e morfológicas em vários órgãos, resultando na complexa manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia.”

A pré-eclâmpsia é conceituada, então, como uma doença sistêmica ainda de causa desconhecida, sendo mais comum em mulheres primigestas, mas podendo ocorrer em pacientes multigestas, principalmente naquelas que já foram acometidas pela doença em gestações anteriores, sendo sua incidência de maior destaque em mulheres abaixo de 16 anos e acima dos 35 anos de vida (PÉRET, 2007).

Moura et al.(2010) definem a pré-eclâmpsia como a presença de hipertensão e proteinúria, aparecendo após a 20ª semana da gestação, podendo ser classificada em leve-moderada ou grave. No entanto, poderá ocorrer antes da 20ª semana de gestação quando vier associada às Neoplasias Trofoblástica Gestacional (NTG)

J.levenoet et. al. (2005) lembram, neste sentido, que a gravidade é avaliada pela frequência e intensidade das anormalidades apresentadas pela paciente. Ressaltam ainda a importância da diferenciação entre pré-eclâmpsia leve e grave, uma vez que a doença pode progredir de forma rápida.

Neme et al. (2005) lembram que a pré-eclâmpsia pode surgir no terceiro trimestre da gestação, em pacientes geralmente normotensas, apresentando hipertensão e proteinúria e/ou edema. Já nas gestantes hipertensas tem um aumento nos seus níveis pressóricos, após a 20ª e 24ª semanas de gestação. Nesta fase, a doença é assintomática e seu diagnóstico depende exclusivamente da realização do exame físico e de dados laboratoriais. O desenvolvimento da doença, quando não é tratada ou quando não se interrompe a gestação, pode evoluir para as

formas graves, como a eclâmpsia e a Síndrome de HELLP (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Então, preciso se faz saber que permanece como padrão para avaliação de proteinúria na gravidez, a coleta de urina por 24 horas. Quando a proteína é documentada antes da 20ª semana pode sugerir doença renal preexistente, após a 20ª semana poderá se considerar pré-eclâmpsia (REZENDE, 2005).

Na ocorrência de pré-eclâmpsia, ocorre uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, da filtração glomerular e a remoção da creatina do corpo, aumentando os níveis sanguíneos do ácido úrico e presença de proteinúria (YAMASHITA; GOZZANI, 2007).

Neme (2000) subdivide as DHEG em uma escala de complicações, denominada como:

- a) Pré-eclâmpsia leve;
- b) Pré-eclâmpsia grave;
- c) Eclampsia.

Já para Ziegel e Cranley (2008), a toxemia, em sua gravidade, dá-se de maneira seqüencial: pré-eclâmpsia leve, pré-eclâmpsia grave e a eclampsia. Entretanto, nem sempre a doença evolui desta forma; muitas pacientes podem apresentar a pré-eclâmpsia grave ou mesmo menos frequente a eclâmpsia.

5.1 Pré-eclâmpsia leve

A pré-eclâmpsia leve é definida pela presença de hipertensão com valores maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg, podendo estar associado à proteinúria e ao edema, esse que não cede com o repouso (PEDRO; SANTOS; DIAS, 2016).

A pré-eclâmpsia leve tem como característica o edema e/ou proteinúria, hipertensão. Na medida em que a doença vai progredindo e os vasoespasmos agravam-se começam a surgir novos sinais e sintomas, como cefaleia, tonteiras, distúrbios visuais, hiperreflexia e a dor epigástrica como um sintoma mais tardio (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Pode-se iniciar pelo aumento exagerado do peso, sendo maior ou igual a 500gr por semana, seguido por edema generalizado, hipertensão e proteinúria, representada nos exames de urina como 1+ (NEME et al, 2005).

5.2 Pré-eclâmpsia grave

A pré-eclâmpsia grave é caracterizada por níveis de pressão arterial maior ou igual a 160/100mmhg, além de presença de proteinúria, oligúria, alterações visuais, cefaleia e outras alterações cerebrais, dor epigástrica, sinais de edema pulmonar, cianose e Síndrome de HELLP (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Na presença de pré-eclâmpsia grave o volume urinário é inferior a 500 ml/24horas, sendo preocupante quando a paciente estiver em uso de sulfato de magnésio e este volume, já então definido, for menor (YAMASHITA; GOZZANI, 2007).

Neme et al. (2005) lembram que é de fundamental importância a internação nos casos de pré-eclâmpsia grave para que se possa oferecer uma maior atenção as condições clínicas maternas e a vitalidade fetal. Recomendam ainda que se preste cuidados rigorosos de enfermagem, atenção aos exames laboratoriais conforme idade gestacional, aplicação de corticoterapia para maturidade fetal nos casos em que for necessário e terapia anti-hipertensiva dentro da conduta obstétrica.

Dentre os cuidados de enfermagem, deve ser oferecido, substancialmente, um ambiente tranquilo e silencioso, mantendo a paciente em decúbito lateral esquerdo, com cabeceira elevada, instalação de oxigênio quando prescrito, acesso venoso para manutenção de veia, sondagem vesical de demora, monitorização e, se necessário, contenção (NEME et al,2005).

Na pré-eclâmpsia grave, quando estiver presente a maturidade fetal, deverá estabilizar-se o quadro materno usando terapia anticonvulsivante e/ou anti-hipertensiva para que se possa resolver a gravidez, podendo optar-se por parto vaginal, desde que o hospital tenha condições favoráveis para atender a gestante. Já a conduta a ser tomada quando não se tem idade gestacional adequada ao termo

é objetivo de muita discussão, uma vez que ao definir como o parto imediato pode estar aumentando o risco de morbimortalidade neonatal devido à prematuridade do feto e ao tentar prolongar a gestação eleva o risco de morbimortalidade materna (NEME et al, 2005).

A conduta conservadora, segundo Pedro, Santos e Dias (2016), realizada na pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, deve ser realizada através de rigorosa monitorização materna fetal, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos, permitindo, assim, que o feto tenha tempo para que amadureça.

O parto normal é preferível, porque os distúrbios da coagulação podem complicar a doença, uma vez que o sangramento é muito maior na cesariana em relação ao parto normal, lembrando ainda que quando optado por cesariana deverá fazer anestesia geral (ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ, 2009).

Ainda após o parto, a gestante deve continuar sob cuidado constante por um período mínimo de 24 a 48 horas, dando continuidade ao tratamento já oferecido. Isso porque os níveis pressóricos continuam elevados, podendo apresentar riscos para o desenvolvimento de edema agudo de pulmão e desenvolvimento da Síndrome de HELLP (NEME et al, 2005).

5.3 Eclâmpsia

De acordo com Ziegel e Cranley (2008), a eclâmpsia é o aparecimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia, podendo ocorrer na gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério. Caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrico e hipocôndrio direito. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia permanece desconhecida.

Neme et al. (2005) define Eclâmpsia pela presença de convulsões tônicoclônicas generalizadas seguidas ou não do estado de coma, podendo ainda ser comumente anunciada por apresentar sinais ou sintomas como cefaleia, alterações visuais, dor epigástrica e hiper-flexia.

De acordo com Neme et al (2005), as convulsões podem ocorrer antes, durante ou pós-parto, sendo mais comum no final do terceiro trimestre da gestação ou anteparto. Entre as complicações da eclâmpsia citam-se a hemorragia cerebral, insuficiência renal aguda, rotura hepática, edema agudo de pulmão e coagulopatia.

Comumente, ocorrem convulsões as quais podem durar de 10 a 15 segundos, ou convulsões maiores, as quais duram até 2 minutos. A quantidade e intensidade vão aumentando de acordo com a gravidade da doença da paciente. Geralmente a paciente fica em coma após as convulsões e podem não se lembrar do ocorrido (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

J. Leveno et al. (2005) afirmam que, quando as convulsões iniciam-se na eclâmpsia surge anteparto, que se inicia espontaneamente o trabalho de parto, podendo nem mesmo ser percebido pela equipe ali presente. Já quando as convulsões ocorrem durante o trabalho de parto, as contrações podem aumentar a intensidade e frequência diminuindo, assim, o trabalho de parto (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Foi classificada como uma das formas hipertensivas a principal causa de morte materna, com incidência de até 14% do total de casos (BRASÍLIA, 2000).

Santos (2008) ressalta que na assistência de enfermagem, em relação a uma gestante com crise de eclâmpsia, cabe ao enfermeiro prestar a assistência adequada a paciente, orientando quanto ao repouso e a necessidade dele, orientar a aferição da pressão arterial e anotar, aferir os batimentos cardíacos, administrar medicamentos quando prescritos.

6 Síndrome De HELLP

Síndrome de HELLP é uma grave complicação da gestação, cujas manifestações são queixas comuns como: dor epigástrica, mal-estar, náuseas, vômitos, cefaleia, dor na parte superior do abdome. Sendo caracterizadas por hemólise (H), enzimas hepáticas elevadas (EL) e baixas contagem de plaquetas. (LP) (ANGONESI; POLATO, 2007).

Os sinais e sintomas da síndrome HELLP são extremamente variáveis e podem confundir-se com os da pré-eclâmpsia grave. A dor epigástrica ou no quadrante superior é o sintoma de mais relevância para sugerir a existência da síndrome e está, frequentemente, associada a náuseas e vômitos. Muitas pacientes podem apresentar sintomas inespecíficos ou sinais sutis de toxemia, mascarando a síndrome e dificultando, assim, a demora no diagnóstico (PEREIRA et al., 2008).

A dor epigástrica pode ser explicada pelas alterações hepáticas subcapsulares, mas caso venha acompanhada de hipertensão há sempre o risco de ruptura de fígado (YAMASHITA; GOZZANI, 2007).

O diagnóstico pode ficar mais fácil nas gestantes que apresentaram sinais e sintomas de toxemia e apresentam tríade laboratorial anormal, sugerindo lesão eritrocitária, disfunção e dano hepático e trombocitopenia (NEME et al,2005).

Pacientes com suspeitas de Síndrome de HELLP devem ser hospitalizadas e, na confirmação, devem ser acompanhadas em UTI, devido ao risco elevado de falência de órgãos vitais, principalmente insuficiência renal; e permanecem na UTI no pós-parto até que esteja restabelecido o quadro clínico (PÉRET, 2007).

O tratamento adequado, de acordo com Pereira et.al (2008) é o parto quando a gestação já estiver acima de 34 semanas ou na presença de algum fator que coloque em risco a vida da mãe ou do feto, tais como coagulação intravascular disseminada, infarto ou hemorragia hepática, insuficiência renal, suspeita de descolamento prematuro de placenta ou sofrimento fetal. O parto também é a melhor opção para as gestantes com idade inferior a 24 semanas.

Pererira et.al (2008) increvem que a Síndrome de HELLP não tem indicação de interrupção imediata desde que o quadro esteja estabilizado. O parto em mulheres com a Síndrome de HELLP é sujeito a inúmeras complicações como: hemorragia pós-parto, infecção, hematoma vaginal quando a via do parto for vaginal e hematoma de parede abdominal quando optar por cesárea.

A maioria das gestantes que foram acometidas pela Síndrome de HELLP consegue se recuperar permanecendo sem seqüelas, porém é indispensável que estas pacientes sejam orientadas aos riscos nas futuras gestações.

7 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM DHEG

Para que se tenha uma assistência adequada a enfermeira ou o profissional responsável pela assistência a estas pacientes deve ter conhecimentos e habilidades para conduzir a gestação normal e competência para identificar fatores de riscos tanto para a saúde materna quanto à saúde do feto. Também precisa de ter ciência de possíveis complicações, sabendo o momento exato de intervir a fim de evitar ou reduzir as consequências maléficas destes riscos (BARROS, 2009).

É direito da mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade e é dever da equipe garantir esta assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde (CUNHA, OLIVEIRA; NERY, 2007).

Os profissionais que oferecem a assistência a estas gestantes devem estabelecer uma melhor maneira de abordar o assunto e conscientizá-las para que haja uma promoção com relação à saúde, pois geralmente elas desconhecem os riscos que a doença poderá trazer tanto para a mãe quanto para o feto.

O Enfermeiro deve conhecer os aspectos pertinentes à conduta no atendimento às portadoras das DHEG, acompanhando o desenvolvimento da gestação desde o pré-natal, garantindo que sejam feitos os exames necessários, com prioridade para as gestantes de alto risco e realizar exame físico completo periodicamente.

Brasil (2010) preconiza que seja realizada avaliação laboratorial das gestantes que apresentem hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentem agravamento da hipertensão prévia, sendo preconizada a realização de hemoglobina e hematócrito, contagem de plaquetas, transaminase glutâmica oxalacética (TGO), transaminase glutâmica pirúvica (TGP), proteinúria 24 horas, creatinina, ácido úrico, albumina, desidrogenase láctica (LDH), esfregaço sanguíneo, coagulograma. Porém, toda gestante com suspeita de DHEG deverá realizar exames laboratoriais, mas, nas fases iniciais, somente alterações moderadas estarão presentes na contagem de plaquetas, nos níveis de TGO, TGP e LDH.

No âmbito hospitalar, vale lembrar, o enfermeiro deverá proporcionar à gestante um local adequado para que possa permanecer em repouso. O repouso irá aumentar a diurese, diminuindo, assim, a pressão sanguínea e o edema. O

enfermeiro estabelecerá cuidados a serem prestados como verificação do peso, ocorrência de edemas, verificação da pressão arterial a cada quatro horas, ausculta dos batimentos fetais, balanço hídrico, orientando a ingestão de dieta pobre em sal e rica em proteínas. Sinais e sintomas como cefaleia, perturbação visual, dor epigástrica e perda do nível de consciência devem ser comunicados imediatamente e investigados (ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ, 2009).

Pode-se perceber que a assistência de enfermagem possui um papel muito importante a desempenhar na prevenção, no diagnóstico precoce e no cuidado destas gestantes que possuem DHEG. Como descrevem muitos autores já citados, fica claro que uma assistência de enfermagem qualificada pode levar a diminuir as altas taxas de mortalidade materna e fetal.

OLIVEIRA (2004) descreve que o enfermeiro tem como regra principal a monitorização constante dos níveis pressóricos da gestante durante todo o período gestacional, estando sempre alerta aos sinais e sintomas que podem surgir, orientando estas gestantes à prática de hábitos saudáveis de vida e repouso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi propor uma reflexão sobre a importância da atuação do Enfermeiro na assistência das gestantes portadoras da DHEG, colocando em destaque os principais sinais e sintomas e, principalmente, enfatizar como o Enfermeiro pode ajudar a minimizar os prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

A gestação é considerada um período de muitas expectativas para a mulher, como já foi dito e discutido, por ser um período em que acontecem muitas alterações fisiológicas necessárias para o desenvolvimento fetal. Juntamente com estas mudanças, podem aparecer doenças como as Síndromes Hipertensivas, que nas formas mais graves, causam sérios danos à saúde da mulher e seus bebê e podem até mesmo levar ao óbito.

O Enfermeiro é um profissional que atua diretamente nos programas saúde da mulher e está presente desde o pré-natal. Ele atua em todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo, deste modo, o profissional que estabelece um profundo vínculo de

confiança por conhecer intimamente a mulher e o núcleo social no qual ela está inserida. Por isso mesmo, é essencial identificar as pacientes que tem maiores possibilidades de desenvolver síndromes hipertensivas durante a gravidez, com base nos conhecimentos sobre os fatores predisponentes. A consulta de Enfermagem é, neste sentido, uma importante ferramenta na Obstetrícia, já que é uma oportunidade de realizar exame físico minucioso e identificar achados que podem ser fortes indicadores de DHEG.

O profissional de Enfermagem é capacitado e possui as habilidades clínicas e os conhecimentos científicos necessários para realizar o acompanhamento durante o pré-natal, realizando as orientações necessárias e oferecendo às gestantes um atendimento adequado, identificando casos de alto risco. Seguindo os procedimentos adequados e prestando a devida atenção aos sintomas e quadro clínico, o enfermeiro terá possibilidades de garantir uma assistência adequada, capaz de minimizar os danos à saúde da mulher e de seu bebê decorrentes das DHEG. Ainda após o parto, a gestante deve continuar sob cuidado constante por um período mínimo de 24 a 48 horas, ou por quantas horas forem necessário até que sejam restabelecidos os níveis normais da pressão arterial, exames laboratoriais dentro dos limites considerados normais, período em que o papel do enfermeiro ainda é importante e atuante.

REFERÊNCIAS

ANGONESI, Janaina; POLATO, Angelita. **DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG), INCIDÊNCIA À EVOLUÇÃO PARA A SÍNDROME DE HELLP**. Rbac, Maringá, v. 4, n. 39, p.243-245, 24 maio 2007. Disponível em: <<http://sbac.org.br/rbac/009/121.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2015.

ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. **ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO**. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de (Org.). **ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA: Guia para a Prática Assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca Ltda, 2009.

BENIGNA, M. J. C. et al. **PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): Com a Palavra, Os Enfermeiros**. Cogitare Enfermagem, Campina Grande do Sul, v. 9, n. 2, p. 23-31, jul./dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **GESTÃO DE ALTO RISCO: Manual Técnico**. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASÍLIA. MINISTÉRIO DA SAUDE. . **PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA: Manual Técnico**. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

BRASÍLIA. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MATERNAS: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2000. 2º edição. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>>. Acesso em: 22 jan.2016

CARVALHO, M.P.S.etal. **PARTO HUMANIZADO: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS. SAÚ DECOLETIVA**, São Paulo, v.2, n.7, p.79-83, jun.2005.

CORLETA, Helena vonEye; KALIL, Heloísa Sarmiento Barata. **GESTAÇÃO E HIPERTENSÃO**. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/ginecologia-e-obstetricia/gestacao-e-hipertensao>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

CUNHA, K. J. B; OLIVEIRA, J. O; NERY, I. S. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OPINIÃO DAS MULHERES COM PRÉ-ECLÂMPsia**. Esc. Ana Nery Revista de Enfermagem. v.11,n.2, p. 254-260,jun.2007.Disponível em :www.scielo.br.Acesso em :15 de fev.2016.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS:O pré-natal: competências essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100020>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FARIA, Andréia Leite de. **DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG): AÇÕES PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM**. 2013. Disponível em: <http://portal.unemat.br/media/oldfiles/enfermagem/docs/2014/projetos_tcc2013_2/projeto_tcc_andreia.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

FERREIRA, Mari Elen; CAMPANA, Hellen Carla Rickli. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ**. 2004. Revista Uningá. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130716_162416.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

GANEM, Eliana Marisa; CASTIGLIA, Yara Marcondes Machado. **ANESTESIA NA PRÉ-ECLÂMPsia**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942002000400013>. Acesso em: 04 maio 2016.

J.LEVENO, Kenneth et al. **MANUAL DE OBSTETRÍCIA DE WILLIAMS**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KILSZTAJN, S. et al. **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, BAIXO PESO E PREMATURIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2000.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, jun. 2003.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. **FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO ENTRE MULHERES HOSPITALIZADAS COM PRÉ-ECLÂMPSIA***. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17855/11650>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

NEME, Bussamara et al. **OBSTETRÍCIA BÁSICA**. 3. ed. Sao Paulo: Sarvier, 2005.

OLIVEIRA,S.F. **HIPERTENSÃO ARTERIALCRÔNICA** . In CORRÊA,M.D.et al.(ed.).Noções Práticas de obstetrícia .13 ed. .Belo Horizonte : COOPMED,2004.

PEDRO, Leila França de São; SANTOS, Maria Lêda Alves dos; DIAS, Cristiane Maria Costa Carvalho. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: REVISÃO SISTEMÁTICA**. Disponível em: <<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EOB/EOB07/SAOPEDRO-leila.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

PEIXOTO, Magda Vieira; MARTINEZ, Michelle Dutra; VALLE, Norma Sueli Braga. **SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO:: ESTRATÉGIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM**. Disponível em: <<http://www.metodogerar.com.br/wp-content/uploads/2009/09/sindromes-hipertensivas-revisao.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. **SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO:IDENTIFICAÇÃO DE CASOS GRAVES**. 2005. Rev Bras Ginecol Obstet. Disponível em:

<<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/12320/S0100-72032005001000010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

PEREIRA, Marcos Nakamura et al. **SÍNDROME HELLP: DIAGNÓSTICO E CONDUTA. Femina**, Porto Velho, v. 2, n. 36, p.111-116, fev. 2008. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Femina-2_fevereiro_111-116.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

PÉRET, Frederico José Amédeéetal (Ed.). **GINECOLOGIA E OBSTETRICIA: Manual para concursos/TEGO**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

QUEENAN, JT. **GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS**.Porto Alegre: Artmed, 2010.

REIMBERG, Sílvia Conceição; TOCCI, Heloísa Antonia. **ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**. 2002. RevEnferm UNISA. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-14.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

REZENDE J. **OBSTETRÍCIA**.10ª edição. Guanabara Koogan; RJ. 2005.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. **AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: REFLEXÃO SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO UM ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mai. 2007.

SANTOS,N.C.M.**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PARA A ENFERMAGEM:DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR APM Á SALA DE EMERGÊNCIA**.5.ed.São Pauli:Láttria,2008.

YAMASSHITA, Américo Massafuni; GOZZANI, Judymara Lauri (Ed.). **ANESTESIA EM OBSTRETRÍCIA**. 2. ed. SÃO Paulo: Atheneu, 2007. 447 p.

ZANOTTI, Daniela Cristina; ZAMBOM, Aline; CRUZ, Helen Cristina Ferrato da. **ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À GESTANTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO - DHEG**. 2009. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

ZIEGEL, Erna e; CRANLEY, Mecca S.. **ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ZUGAIB, Marcelo; S.A.RUOCCO, Rosa Maria. **PRÉ NATAL:Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP**. 3. ed. São Paulo.rio de Janeiro.ribeirão Preto.belo Horizonte: Atheneu, 2005.