

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JAQUELINE MATOS CAIXETA**

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL PARA  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA GRAVIDEZ**

**PATOS DE MINAS  
2010**

**JAQUELINE MATOS CAIXETA**

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL PARA  
DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL NA GRAVIDEZ**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Elizaine  
Aparecida Guimarães Bicalho

**PATOS DE MINAS  
2010**

**618.3-03 CAIXETA, Jaqueline Matos Caixeta**

**C133i      A Importância da Assistência de Enfermagem no pré-natal para  
Diagnóstico Precoce da Hipertensão Arterial na  
Gravidez/Jaqueline Matos Caixeta**

**Orientador (a): Prof. Esp. Elizaine Aparecida Bicalho Guimarães.**

**Patos de Minas: [s.n.], 2010**

**36 Páginas**

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de**

**Minas - FPM**

**Curso de Bacharel em Enfermagem**

**1.Pré-natal 2.Hipertensão 3.Gravidez 4.Enfermagem I. Jaqueline Matos  
Caixeta II.Título**

JAQUELINE MATOS CAIXETA

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO  
PRÉ-NATAL PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ

Monografia aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela comissão examinadora  
constituída pelos professores:

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Esp. Elizaine Aparecida Bicalho Guimarães

Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Raphael Cezar Carvalho Martins  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_

Prof. Esp. Heber Pinheiro  
Faculdade Patos de Minas

Dedico esse estudo a todas as mulheres que de alguma maneira sofreram na gestação ou no parto pela falta de informação sobre a importância do pré-natal para a prevenção da Hipertensão na gravidez.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu maior amigo, aquele sem o qual eu nada seria. Obrigada Senhor, pelo dom da vida, por me fortalecer a cada novo dia.

Agradeço aos meus pais, Pedro e Fátima, pelo apoio incondicional. Não existem palavras para agradecer tanto amor e dedicação. Obrigada pai, pelo sono perdido todas as noites, obrigada mãe pela preocupação e carinho.

Ao meu irmão, Vinícius, pelo incentivo, o ombro amigo, e as conversas sempre animadoras.

Às famílias Caixeta e Matos, anjos em minha vida, vocês são meu refúgio e minha base, os domingos em família são únicos.

Aos meus avós, Antônio e Luzia, obrigada por serem sempre presentes em minha vida, aprendi muito com vocês.

Agradeço á senhora vovó madrinha Maria, que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, porém Deus a chamou sem que presenciasse mais esse, sei que onde estás se orgulha de mim. Sinto sua falta!

Ao meu namorado, João Paulo, que muito me ajudou, e suportou os momentos difíceis ao meu lado sempre com carinho e compreensão.

Agradeço aos meus colegas de turma, que enfrentaram junto comigo essa batalha, obrigada pelos momentos de alegria que me proporcionaram, em especial aos meus amigos Dalilla, Hélio e Núbia, vou sentir falta.

Aos meus grandes amigos que estiveram ao meu lado me dando forças e sempre compreendendo a minha ausência, mesmo sem saber vocês muito me ajudaram, especialmente ao meu amigo, Marcos Leandro, que através do seu conhecimento muito me ajudou para a conclusão deste trabalho.

À Professora Especialista, Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho, pela orientação neste trabalho, além dos preciosos ensinamentos transmitidos.

Agradeço também a todos os professores do curso de Enfermagem, que durante esse longo período de aprendizagem, direta ou indiretamente me incentivaram na busca do conhecimento, em especial à Professora de TCC, Luciana de Araújo Mendes Silva, pela paciência e atenção.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e para a conclusão deste curso.

*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!*

Florence Nightingale

## RESUMO

A Hipertensão Arterial é considerada uma das principais causas de morte da população adulta brasileira e na gestação é considerada uma das causas de morte mais comuns de mãe e feto. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais freqüente da gestação e pode ser diagnosticado pelo aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação. Entre os tipos de Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) estão hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de HELLP. É no pré-natal que pode ocorrer a prevenção das DHEG's, através de uma assistência de enfermagem adequada. Este trabalho visou reconhecer a importância do pré-natal para diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial na Gestação. Foi realizado um estudo e uma revisão da literatura de caráter descritivo qualitativo, o qual se buscou embasar em fontes confiáveis de pesquisa. O presente estudo buscou conhecer as possíveis complicações relacionadas à Hipertensão que podem surgir no período gestacional, destacando a importância do pré-natal para preveni-las e a importância da assistência de enfermagem para essa prevenção. Demonstrando o papel fundamental da enfermagem na prevenção do aparecimento das DHEG's através do pré-natal e do diagnóstico precoce, enfatizando a importância do cuidado de enfermagem na reabilitação da mãe que possui DHEG, pode-se constatar a importância da preparação de futuros profissionais de enfermagem conscientes do seu papel, para que possam melhor contribuir com a assistência de enfermagem, levando orientações e prestando cuidados as mães. Porém essa preocupação não deve ser somente dos profissionais da enfermagem, mas deve envolver todos os profissionais da saúde e até mesmo os gestores federais, estaduais e municipais, pois os indicadores de morte de mãe e feto é um problema de saúde pública.

**Palavras-chave:** Pré-natal. Hipertensão. Gravidez. Enfermagem.



## ABSTRACT

Hypertension is considered a major cause of death of Brazilian adults and during pregnancy it's considered one of the most common causes of death of mother and fetus. The Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) is the most common disorder of pregnancy and can be diagnosed by increased levels of blood pressure after 20 weeks of gestation. Among the types of Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) are gestational hypertension, preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome. It is in the prenatal care that can occur prevention of HDPs, through an adequate nursing care. This study aimed to recognize the importance of prenatal care to early diagnosis of hypertension in pregnancy. We conducted a study and a literature review of qualitative and descriptive character, which sought to base it on reliable sources of research. This study sought to know the possible complications related to hypertension, which may arise during pregnancy, highlighting the importance of prenatal care to prevent them and the importance of nursing care for its prevention. Demonstrating the fundamental role of nursing in preventing the onset of HDPs through the prenatal and early diagnosis and emphasizing the importance of nursing care in the rehabilitation of the mother who has HDP, is apparent the importance of preparing future nurses aware of their role, so they can better contribute to nursing care, taking care and providing guidance to mothers. However this concern should not be only to nursing, but should involve all health professionals even as federal, state and local managers, because indicators for death of mother and fetus are a public health problem.

**Keywords:** Prenatal; Hypertension; Pregnancy; Nursing.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 O PRÉ-NATAL E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NA PREVENÇÃO AO APARECIMENTO DAS COMPLICAÇÕES .....</b>	<b>12</b>
<b>3 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS DURANTE A GRAVIDEZ ...</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Hipertensão Gestacional .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Pré-eclampsia .....</b>	<b>19</b>
3. 2.1 Pré-eclampsia leve .....	20
3. 2.2 Pré-eclampsia grave .....	21
<b>3. 3 Eclampsia.....</b>	<b>21</b>
<b>3. 4 Síndrome de HELLP .....</b>	<b>22</b>
<b>4 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA UM MELHOR PROGNÓSTICO MATERNO E FETAL DAS GESTANTES COM DHEG E PARA SUA PREVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Assistência de Enfermagem .....</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Diagnóstico de Enfermagem .....</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

# 1 INTRODUÇÃO

As doenças que acometem o aparelho circulatório constituem, há algumas décadas, as principais causas de morte da população adulta brasileira e de internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas têm-se o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e comumente, a hipertensão arterial.

Segundo Silva e Souza (2004) a Hipertensão Arterial é uma doença crônica que vem sendo nas últimas décadas uma das principais causas de morte de brasileiros em idade adulta. Seu diagnóstico se dá pela elevação da pressão a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de diastólica em pelo menos duas aferições.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum da gestação e pode ser diagnosticado pelo aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação. Entre os tipos de Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) estão hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de HELLP (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

Dessa forma este trabalho visa reconhecer a importância do pré-natal para diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial na Gravidez.

Para Pascoal (2002) pré-eclâmpsia é o aumento da pressão arterial acompanhada de proteinúria e edema, em gestação acima de 20 semanas. A síndrome de HELLP é uma forma agravante da pré-eclampsia e é a associação de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetas baixas. Já a eclampsia se caracteriza por convulsões na gestante com quadro de hipertensão e pode ocorrer na gravidez, no parto ou até dez dias de puerpério.

A opção pelo referido tema, ocorreu a partir das aulas de Saúde da Mulher no período acadêmico o qual nos foi passado sobre as complicações que a mulher pode apresentar durante a gravidez e as possibilidades de detecção precoce. Dentre tantas, a principal causa de morte de mãe e feto, é a HAS na gravidez, devido à falta de conhecimento e informação sobre a importância do pré-natal para que se possa evitar esta patologia. Fazendo com que este projeto seja útil como ferramenta de informação para esclarecer e enfatizar quanto à importância do pré-natal para um

diagnóstico precoce, evitando assim complicações e patologias como as causadas por HAS na gravidez.

É no pré-natal que pode ocorrer a prevenção das DHEG's. Através da assistência de enfermagem adequada realizando monitoramento da pressão arterial e do ganho de peso pode se reduzir a incidência da doença. A pré-eclampsia pode ser tratada evitando assim que evolua para convulsão, sendo necessário a identificação precoce dos sinais e sintomas.

Este trabalho abordou a importância do pré-natal na prevenção e diagnóstico precoce da hipertensão arterial na gravidez para um melhor prognóstico materno e fetal para se reduzir assim o alto índice de mortalidade de mãe e feto.

Os problemas levantados por este estudo são: o que é hipertensão? Como se obtém o diagnóstico de Hipertensão Arterial na gestação? Quais os riscos a hipertensão pode trazer para a mãe e para o feto? Como prevenir a Hipertensão Arterial na gestação?

A Hipertensão na gravidez está cada vez mais comum entre as mulheres grávidas após os 35 anos e nas adolescentes. Hipertensão Arterial, também conhecida como "pressão alta", é a elevação dos valores da pressão sistólica e/ou diastólica para valores considerados acima do normal. Para se diagnosticar Hipertensão Arterial na Gestação é necessário fazer a comparação dos valores da pressão antes e depois da gestação. A hipertensão na gravidez pode causar vários riscos à mãe e ao feto dentre eles doenças como pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de Hellp, podendo algumas levar à morte da mãe e/ou do feto. É no pré-natal que a mãe se informa de sua saúde e da saúde do seu bebê podendo assim prevenir doenças e ter uma gestação saudável tanto para ela quanto para o feto.

O presente estudo é um estudo descritivo qualitativo, para tal estudo realizou-se um levantamento bibliográfico, o qual utilizou-se livros, revistas, artigos, manuais, jornais e internet que embasaram a construção desta revisão de literatura. Este trabalho é composto por três capítulos o primeiro capítulo apresenta o pré-natal e importância do acompanhamento da gestante na prevenção ao aparecimento das complicações, segundo destaca as principais complicações hipertensivas durante a gravidez, e o terceiro destaca a importância da assistência de enfermagem para um melhor prognóstico materno e fetal das gestantes com DHEG e para sua prevenção.

## 2 O PRÉ-NATAL E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NA PREVENÇÃO AO APARECIMENTO DAS COMPLICAÇÕES

O período gestacional é um período em que devem ocorrer várias adaptações fisiológicas e emocionais na gestante as quais podem gerar desvios da saúde sendo necessário um acompanhamento criterioso chamado este de pré-natal.

O acompanhamento pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua com segurança mantendo a integridade das condições de saúde materna e fetal. Deve incluir aspectos fundamentais como: receber com dignidade a gestante e seus familiares, fornecer informações para o entendimento das usuárias e, adotar condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento. Assim, a atenção básica à mulher no ciclo gravídico e puerperal compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de identificar e tratar precocemente intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que propiciem evolução desfavorável para a mãe e/ou para o feto (SOUZA, 2007).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2006, p.6):

(...) No Brasil, o Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, **pré-eclampsia** e **eclampsia**, amniorrexe prematura e óbito fetal. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (grifo nosso).

Para que se promova uma assistência pré-natal efetiva é necessário que ocorra a: busca precoce da gestante na comunidade, um controle que seja periódico, contínuo e extensivo à população-alvo, recursos humanos bem treinados, área física adequada e bem equipada, equipamento e instrumental mínimos, instrumentos de registro e estatística, medicamentos básicos; apoio laboratorial

mínimo, sistema eficiente de referência e contra-referência, avaliação das ações da assistência pré-natal (BRASIL, 2006).

É necessário uma ação conjunta de toda a equipe de saúde na busca ativa das gestantes para o acompanhamento pré-natal, para isso é preciso realizar visitas domiciliares onde deve ser feita uma motivação à essas mães. A equipe de saúde deve ser treinada para acolher e orientar corretamente a gestante.

De acordo com o Brasil Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2005) na primeira consulta de pré-natal é necessário realizar anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser bem resumida, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. É importante oferecer testes para o diagnóstico e tratamento precoce de patologias que possam comprometer a saúde da mãe e/ou do feto.

Através da primeira consulta de pré-natal é que o enfermeiro oferece à mãe a confiança necessária para fortalecer o vínculo profissional/gestante, para que assim o profissional possa enfatizar e esclarecer à mãe quanto à importância da realização dos exames que serão solicitados e auxiliá-la no entendimento das alterações físicas e psicológicas que irá sofrer.

Segundo o Brasil Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2005) e Nagahama e Santiago (2006) alguns exames são necessários solicitar na primeira consulta:

\* **Grupo sanguíneo e fator Rh, quando não realizado anteriormente**, caso mãe com Rh negativo solicitar teste de Coombs, para acompanhamento e sensibilização durante o parto para prevenção da doença hemolítica do recém-nascido;

\* **Sorologia para sífilis (VDRL)**, para VDRL positivo iniciar tratamento para prevenção de sífilis congênita e outras complicações, como malformação.

\* **Urina (tipo I)**, para visualização de elementos anormais e indicativos de infecção urinária, uma vez que isso é fator condicionante para prematuridade.

\* **Hemoglobina (Hb)**, avaliação dos quadros de anemia, o volume plasmático aumenta durante a gestação, assim solicita-se a suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 60mg de ferro elementar e ácido fólico.

\* **Teste anti-HIV (se possível, e com consentimento da gestante)**, para a minimização da transmissão vertical e de outras complicações, sendo que o tratamento deve ser instituído a partir da 14ª semana após a organogênese, até o pós-parto de mãe e filho.

\* **Glicemia de jejum**, avaliando o possível quadro de diabetes gestacional, que pode provocar diversas alterações fetais e maternas, polihidrâmnio e macrossomia fetal.

\* **Protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta, para avaliação de parasitoses.

\* **Colpocitologia oncótica**: muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes.

\* **Bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade; sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos; urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática; eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;

\* **Ultra-sonografia obstétrica**, para avaliar a idade gestacional e condições fetais.

É através do pré-natal que pode se definir se a gestação é de Risco Habitual ou de Alto Risco, analisando cuidadosamente os fatores de risco. Implicando em uma atenção minuciosa de toda a equipe de saúde do PSF para a identificação precoce desses fatores.

Em todas as consultas do pré-natal, a gestante deve ser avaliada quanto a situações de risco que podem levá-la a uma gestação de alto risco, a presença de alguns fatores indica uma gestação de risco, podendo, porém, ser acompanhada pela própria equipe do PSF. São eles: idade menor de 17 e maior de 35 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, altura menor que 1,45, peso menor que 45 Kg ou maior que 75 Kg, recém nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado em gestação anterior, intervalo interpartal menor que 2 anos, nuliparidade e multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva em gestação anterior, cirurgia uterina anterior e ganho ponderal inadequado (BRASIL, 2008).

A mãe sendo acompanhada pela equipe de PSF e não pelo Serviço de Referência implica em uma atenção maior de toda equipe a esses fatores. E se encontrado um fator de risco fora dos já citados é necessário o encaminhamento da mãe ao Serviço de Referência.

O Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada (2006, p.22).

(...) Da mesma forma, a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema."

O Manual de Atenção ao pré-natal, Parto e Puerpério (2008) afirma que os fatores de risco gestacional que indicam a realização do pré-natal em Serviços de Referência são: dependência de drogas lícitas e ilícitas, morte perinatal anterior, abortamento habitual, esterilidade, infertilidade, desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional, amniorrexe



prematura, hemorragias da gestação, isoimunização, óbito fetal, hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes, ginecopatias. O serviço de referência é aquele que está sob a responsabilidade de obstetra com as condições mínimas para acompanhar uma gestação de risco, ou seja, um local de atendimento, pré-definido pelo fluxo de atendimento, com acesso fácil a cardiotocografia, ultra-sonografia, exames laboratoriais e consultas de especialidade.

No Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos. O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais. Por ser uma doença oligossintomática que apresenta um ou outro sintoma ou assintomática que não apresenta nenhum sintoma, para sua detecção é indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo, a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. O diagnóstico com a realização desse procedimento e condutas corretas permitiria salvar muitas mulheres. É por essa razão que, em países desenvolvidos, as baixas taxas de mortalidade materna contabilizam predominantemente causas indiretas, demonstrando a eficácia de se prevenir essas mortes (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Assim de acordo com Nagahama e Santiago (2006) o pré-natal é reconhecido como um dos fatores que contribui para uma grande redução de mortalidade materna e fetal.

As altas taxas de mortalidade materna e fetal ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas 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, especialmente os enfermeiros. Esperamos que a melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal e a participação de um profissional qualificado possam contribuir significativamente para a redução da mortalidade materna (CUNHA, et al.; 2009).

Então assim sendo, se vê a necessidade de haver uma conscientização tanto das gestantes quanto dos profissionais de saúde sobre a importância do

acompanhamento pré-natal para que assim possa se reduzir o quadro de casos de mortalidade de mãe e feto por doenças hipertensivas.

### **3 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS DURANTE A GRAVIDEZ**

As doenças que acometem o aparelho circulatório constituem, há algumas décadas, as principais causas de morte da população adulta brasileira e de internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas têm-se o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e comumente, a hipertensão arterial.

Segundo Silva e Souza (2004) a Hipertensão Arterial é uma doença crônica que vem sendo nas últimas décadas uma das principais causas de morte da população adulta brasileira. Seu diagnóstico se dá pela elevação da pressão a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de diastólica em pelo menos duas aferições.

A Hipertensão na gravidez está cada vez mais comum entre as mulheres grávidas após os 35 anos e nas adolescentes.

Alguns autores afirmam que para se diagnosticar a Hipertensão Arterial na gestação é necessário fazer a comparação dos valores da pressão antes e depois da gestação.

No Brasil as taxas de mortalidade materna e fetal são consideradas ainda altas, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), sendo que em sua maioria poderiam ser evitadas (PEREIRA; BACHION, 2005).

A Hipertensão Arterial é um dos maiores responsáveis pelo índice de mortalidade materna. Entre os tipos de Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) estão a hipertensão gestacional e a pré-eclampsia, que podem ser definidas clinicamente pelo aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação. Se não houver a interrupção da gravidez ou se não tratada corretamente, evolui para suas formas mais graves como a eclampsia e a síndrome de HELLP, pois é uma doença incurável (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

O corpo da mulher que engravida tende a passar por alguns ajustes tanto físicos quanto fisiológicos para se adaptar à nova fase que se inicia.

Dusse, Vieira e Carvalho (2001) confirmam que na DHEG não ocorre os ajustes na fisiologia renal e cardiovascular, e por isso acontece uma acentuada

vasoconstrição arteriolar que acarreta um aumento da resistência vascular periférica e que tem como consequência a hipertensão.

### **3.1 Hipertensão Gestacional**

Para Pascoal (2002) hipertensão gestacional é quando acontece a elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem sinais de pré-eclampsia ou de que a mãe já tivesse hipertensão antes da gestação.

O aumento da pressão arterial aparece após a 20ª semana de gestação sem estar acompanhada de proteinúria e desaparece até 10 dias após o parto é a chamada hipertensão transitória (WANNMACHER, 2004).

É necessário fazer um acompanhamento maior às pacientes com diagnóstico de hipertensão gestacional impedindo assim que evolua para pré-eclampsia. É importante que se monitore a pressão arterial e fique alerta aos sintomas até que volte a níveis pressóricos normais.

Segundo Albuquerque (2004) a conduta a ser tomada com a mãe com sintomas de Hipertensão Gestacional é a seguinte:

- reduzir intervalo entre consultas em no máximo sete dias;
- alertar sobre os sintomas relacionados à hipertensão como cefaléia, distúrbios visuais ou dor epigástrica.
- pesquisar proteinúria em todas as consultas, caso tenha proteinúria positiva realizar o encaminhamento imediato para pronto socorro da maternidade de referência para alto risco.

### **3.2 Pré-eclampsia**

Para Pascoal (2002) pré-eclampsia pode ser diagnosticada quando o aumento da pressão arterial estiver acompanhado de proteinúria (perca de proteína pela urina) ou edema em gestação acima de 20 semanas.

Cançado et al. (2007) afirmam que, sua evolução pode ser imprevisível, alterando pouco as condições maternas e fetais, permitindo assim que a gravidez alcance seu termo. Em outros casos pode apresentar-se de início precoce e evolução rápida, com sintomatologia exuberante e repercussões dramáticas, podendo por em risco a vida de mãe e feto, exigindo assim medidas urgentes e definitivas.

Em alguns casos é necessário que se interrompa a gestação para garantir a saúde da mãe, este pode ser o único tratamento efetivo contra a pré-eclampsia.

Alguns fatores de risco para pré-eclampsia são: hipertensão arterial sistólica no início da gestação, história de hipertensão arterial crônica, doença renal crônica, lúpus eritematoso, nuliparidade, obesidade, diabetes, primigestas jovens e idade superior a 40 anos (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

De acordo com Moura et al. (2010, p.251):

(...) A pré-eclâmpsia pode se manifestar com presença de edema na face, mãos, membros inferiores ou edema generalizado; já a presença de coma ou convulsões sem história prévia de doenças cerebrais irá determinar o quadro de eclampsia.

A pré-eclâmpsia pode ser dividida em leve ou grave.

### 3. 2.1 Pré-eclâmpsia leve

Para Silva (2007) a pré-eclâmpsia leve é o primeiro estágio da doença hipertensiva, ela apresenta manifestações clínicas discretas, leves, estas manifestações permitem suspeitar que a doença exista, pois a paciente demonstra alterações como variação leve dos níveis pressóricos e edema em membros inferiores e face.

É definida quando houver ocorrência de hipertensão (pressão arterial igual ou maior que 140x90mmHg), proteinúria (quando há excreção de 300mg ou mais de proteína na urina em 24 horas) e edema, quando for generalizado e de início súbito e persistir após repouso de 12 horas ou quando houver ganho de peso acima de 500g ou mais em uma semana, após a 20ª semana da gestação (ZANOTTI, 2009).

Para Cordovil (2003, p. 14) a conduta terapêutica na pré-eclampsia leve deve ser:

[...] repouso no maior tempo, em decúbito lateral esquerdo, para assim promover uma melhora do fluxo útero-placentário e renal, da diurese, da filtração glomerular com redução dos níveis pressóricos, avaliação semanal de peso e níveis pressóricos, avaliação laboratorial a cada duas semanas dos seguintes exames: hemograma completo, plaquetometria, glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, transaminases e proteinúria de 24 horas, sedação com benzodiazepínicos (nunca mais que 10 mg nas 24 horas), dieta hiperprotéica e normossódica, avaliação da vitalidade fetal, semanalmente a partir da 32ª semana, através do perfil biofísico fetal (cardiotocografia e ultrassom), doppler-fluxometria de artérias uterinas para visualização de incisuras diastólicas bilaterais, sinal de tendência para quadro futuro de eclampsia.

### 3. 2.2 Pré-eclâmpsia grave

Ganem e Castiglia (2002) afirmam que a pré-eclampsia grave pode levar a lesões de órgãos e caracteriza-se por níveis de pressão arterial maior ou igual a 160x110 mmHg em repouso, proteinúria grave e oligúria (menos de 400ml em 24 h), alterações visuais, cefaléia e outras alterações cerebrais, dor epigástrica, sinais de edema pulmonar e cianose.

A conduta na pré-eclampsia grave consiste em internação hospitalar e repouso em decúbito lateral direito. A detecção precoce dos sintomas é importante na prevenção das seqüelas devastadoras da pré-eclampsia. Pode-se prevenir a pré-eclampsia com acompanhamento pré-natal, evitando assim que evolua para eclampsia, mas apenas o parto é tratamento curativo definitivo da pré-eclâmpsia (MARTINS; RESENDE; VINHAS, 2003).

### 3. 3 Eclampsia

Eclampsia é definida por uma ou mais crises convulsivas ou coma em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclampsia. É precedida por distúrbios do sistema nervoso central, visuais e gástricos (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Martins, Resende e Vinhas (2003), afirmam que a eclampsia pode ocorrer na gravidez, no parto ou em até 10 dias de puerpério. É caracterizada clinicamente por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito. Epilepsia e outras doenças convulsivantes devem ser desconsideradas.

A crise convulsiva pode aparecer durante a gestação (50% dos casos), no decurso do parto (25%) e até mesmo no pós-parto, após 72 horas, onde a crise convulsiva é chamada de eclampsia tardia. Existe uma forma rara e grave de eclampsia, chamada de eclampsia comatosa ou eclampsia sem convulsão onde a paciente entra diretamente em coma sem sinais de convulsão (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

### **3. 4 Síndrome de HELLP**

De acordo com Angonesi e Polato (2007) a Síndrome de HELLP é uma grave complicação da gestação e caracteriza-se por: (H) hemólise e (EL) enzimas hepáticas elevadas e plaquetas baixas (LP). Algumas gestantes desenvolvem somente uma ou duas dessas características da síndrome de HELLP. Esse quadro é denominado de Síndrome de HELLP parcial.

Para Silva (2007) a síndrome HELLP embora rara aparece como um agravamento da pré-eclâmpsia, se caracterizando por hepatopatia relacionada com a gravidez apresentando quadro clínico de hemólise elevação de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas, nos casos mais graves a paciente pode apresentar icterícia e como consequência o óbito .

Katz (2007) relata que se na pré-eclâmpsia e na eclampsia as mães afetadas tipicamente são as jovens nulíparas, na síndrome de HELLP são acometidas as multíparas de idade mais avançada e estas são geralmente brancas com um mau passado obstétrico.

Para Darze (2006) o quadro clínico inicial da síndrome de HELLP é náuseas e vômitos, mal estar geral, hipertensão arterial, cefaléia usualmente resistente aos analgésicos, icterícia subclínica, dor epigástrica e/ou dor no hipocôndrio direito e o quadro clínico avançado se dá por distúrbios visuais, alterações de comportamento,

possibilidade de eclampsia, hematúria, gengivorragia, hemorragia vítrea, oligúria, icterícia, hipoglicemia, hiponatremia e diabetes insípido nefrogênico.

Como a maioria desses sintomas é comum em gestações normais e se assemelham aos sintomas de outras doenças a Síndrome de HELLP é de difícil diagnóstico. O diagnóstico precoce é laboratorial e deve ser pesquisado em mulheres com pré-eclampsia, eclampsia e dor no quadrante superior direito do abdome (ANGONESI; POLATO, 2007).

Levando em conta que a síndrome de HELLP é grave, de início súbito, com mau prognóstico e que pode se repetir em gestações futuras é importante que as pacientes que já passaram por esta doença sejam orientadas quanto à sua gravidade e recomendadas a iniciar o pré-natal precocemente.

Por ser uma doença grave com alto índice de mortalidade materna e fetal mulheres com síndrome de HELLP necessitam de cuidados intensos e internamento prolongado até que melhore o quadro. Se não houver melhora é recomendada a interrupção da gestação.

Angonesi e Polato (2007, p.244) referem que:

Embora a causa da HELLP ainda não seja completamente entendida, a síndrome pode levar à insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, eclampsia e outras complicações graves que podem levar à morte materna. Ela também pode levar a placenta a se descolar prematuramente da parede uterina, o que pode resultar em morte fetal. Outras complicações sérias para o feto incluem crescimento uterino restrito e síndrome da angústia respiratória.

Pode-se afirmar que a melhor forma de evitar as complicações da doença hipertensiva específica da gravidez é a realização de um pré-natal bem feito, seguindo as orientações do ginecologista e acompanhamento do quadro apresentado, seguindo as melhores condutas específicas para cada forma clínica.



## **4 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA UM MELHOR PROGNÓSTICO MATERNO E FETAL NAS DHEGs**

### **5.1 Assistência de Enfermagem**

A atenção pré-natal e puerperal tem por objetivo acolher a mulher desde o início da sua gravidez, assegurando, que ao fim da gestação, nasça uma criança saudável, garantindo também o bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (ALVIN; BASSOTO; MARQUES, 2007).

As gestantes com DHEG necessitam de uma atenção qualificada e diferenciada de toda equipe profissional de saúde, para que assim haja um melhor prognóstico materno e fetal.

Dentre os profissionais capacitados para prestar uma assistência adequada à gestante com DHEG, destacam-se os enfermeiros, que tem por objeto de trabalho o cuidar. A assistência de enfermagem consiste em fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando encontra-se parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais. Vale ressaltar que o tratamento dessas pacientes depende da enfermagem. A paciente necessita de vigilância e do atendimento de suas necessidades (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, os enfermeiros podem acompanhar de modo integral o pré-natal de uma gestante de baixo risco. Em muitas instituições de saúde, na rede básica de saúde e nos Programas de Saúde da Família é esperado que os enfermeiros se responsabilizem pela assistência pré-natal. Para tanto, os enfermeiros, no seu processo de formação, deve receber treinamento das habilidades necessárias para atingir a eficiência e a

competência no atendimento à gestante durante o pré-natal (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Para Pereira e Bachion (2005), é necessário uma maior atenção para a valorização da prática da consulta de enfermagem e de todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a enfermagem é responsável. Investigar as respostas do organismo materno a gestação e os problemas reais ou potenciais, na maioria das vezes solicita a aproximação do enfermeiro com a pessoa da gestante em dimensões mais subjetivas aumentando assim a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da enfermagem e gerando bases para uma assistência mais humanizada e de melhor qualidade.

O enfermeiro sendo peça fundamental para o diagnóstico precoce de diversas doenças através do pré-natal, precisa relacionar-se com a paciente de uma maneira mais aberta fazendo com que assim a paciente se sinta mais à vontade, resultando em um pré-natal de maior qualidade, possibilitando que a mãe relate sem medo o que sente e tire suas reais dúvidas.

Ser mãe é um momento muito especial na vida de qualquer mulher e é dever do profissional de saúde promover segurança, apoio e informar sobre esse momento. Nessa fase, a mulher passa por muitas alterações fisiológicas que geram curiosidade, insegurança, medo e ansiedade. Cabe ao enfermeiro o papel de orientar essa gestante no sentido de promover uma evolução segura e saudável desta gestação (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

Alvin, Bassoto e Marques (2007, p.268), afirmam que:

(...) a Resolução do COFEN- 272/2002 considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Gouveia e Lopes (2004) afirmam que é muito importante a participação da gestante nesse processo, pois oferece subsídios para o levantamento e validação dos dados, a gestante deve expressar seus reais problemas, procurando realizar troca de informações, de expectativas e de experiências, para que assim seja

possível desenvolver um plano de cuidados mais adequado e estabelecer os resultados atingíveis.

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode ser um fator importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil. Para que haja gravidezes e partos mais seguros instâncias nacionais e internacionais pedem que um profissional qualificado atenda a mulher no ciclo gravídico-puerperal. O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

Alvin, Bassoto e Marques (2007), relatam que a sistematização se dá pela organização da assistência em enfermagem que será oferecida à gestante de baixo risco, durante o período do seu pré-natal, assim como as consultas de enfermagem, as reuniões do grupo de gestantes, as visitas domiciliares, as ações educativas, os exames laboratoriais, assim como qualquer informação necessária à gestante a respeito de sua saúde e da saúde de seu filho.

Em relação às visitas domiciliares esta deve ser realizada para reconduzir gestantes faltosas no pré-natal, como também para completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar. Esta atividade requer do enfermeiro conhecimentos (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber-ser) (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Segundo Alvin, Bassoto e Marques (2007) os grupos de gestantes devem ser realizados de uma maneira informal e oferecer informações importantes e objetivas, de acordo com o interesse das gestantes, o grupo deve levar à troca de informações e experiências e contar sempre com a participação de uma equipe multiprofissional. Alguns temas que devem ser tratados nos grupos de pré-natal são: importância do pré-natal, orientação quanto à higiene, atividades físicas e dietas, sexualidade, medos e fantasias, sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramentos vaginais, dor abdominal, febre), contração (prevenção do parto pré-maturo, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido). Para operacionalização da consulta de enfermagem é necessário estabelecer protocolos, objetivando eficiência e eficácia no atendimento como: números de consultas realizadas pela (o) enfermeira (o), padronização e prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos e critérios de risco obstétrico.

## 5.2 Diagnóstico de Enfermagem

É dever da enfermagem uma atenção maior aos diagnósticos encontrados nas gestantes de baixo risco, muitos desses diagnósticos podem ser sintomas de DHEG's, e se percebidos o mais precoce possível pode-se evitar maiores complicações tanto para gestante quanto para o feto.

Para Alvin, Bassoto e Marques (2007) o quadro 01 aponta os principais problemas de enfermagem, diagnósticos e cuidados no atendimento a gestante de baixo risco:

<b>PROBLEMAS DE ENFERMAGEM</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>
1 – Náusea	Sensação subjetiva desagradável caracterizada por salivação aumentada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar quanto aos intervalos de uma refeição e outra, não ultrapassando três horas sem ingestão de alimentos.</li> <li>-Orientar a ingestão de 2000ml de líquido nas 24h.</li> <li>-Encaminhar ao nutricionista em caso de agravo do quadro.</li> <li>-Administrar medicações, conforme prescrição médica.</li> </ul>
2 – Dor lombar	Experiência sensorial e emocional desagradável caracterizada por relato verbal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar quanto à correção da postura ao sentar-se e ao andar.</li> <li>-Orientar a aplicação de calor local 3x ao dia.</li> <li>-Orientar quanto ao uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis.</li> <li>-Orientar quanto ao revezamento de posições: sentado x permanecer em pé.</li> <li>-Orientar ao parceiro que realize massagens com hidratantes na região lombar.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encaminhar ao fisioterapeuta, se agravar o quadro.</li> <li>-Administrar analgésicos, conforme prescrição.</li> </ul>
3 – Ansiedade	Um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor acompanhado por resposta autonômica caracterizada por preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar a realização de caminhadas respirando fundo e devagar.</li> <li>-Identificar os fatores que trazem ansiedade.</li> <li>-Orientar ao parceiro quanto às alterações fisiológicas da gravidez e sua participação para amenizar o quadro.</li> <li>-Encaminhar ao médico em caso de agravo do quadro.</li> <li>-Administrar medicação conforme prescrição.</li> </ul>
4- Cloasma	Alteração na pigmentação da pele, relacionada a mudanças hormonais caracterizada por manchas escuras na face.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar quanto ao uso excessivo de maquiagem.</li> <li>-Orientar quanto à exposição direta ao sol.</li> <li>-Orientar o uso de protetor solar.</li> <li>-Orientar a não utilizar cremes abrasivos, sabonetes esfoliantes.</li> </ul>
5- Fraqueza e desmaio	Ingestão diminuída de alimentos, levando ao déficit de nutrientes para o organismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aferir sinais vitais, atentando para valores pressóricos.</li> <li>-Manter MI elevados durante os episódios.</li> <li>-Orientar quanto à necessidade da ingestão de complexo vitamínico.</li> <li>-Orientar deitar em decúbito lateral, respirando profundamente e pausadamente.</li> <li>-Encaminhar a nutricionista para avaliação nutricional.</li> <li>-Orientar quanto à ingestão de complexos vitamínicos e seus horários ideais.</li> </ul>
7-Constipação intestinal e flatulências.	Compressão das alças intestinais pelo aumento uterino. Déficit nutricional devido aos episódios de	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar dieta rica em fibras e cereais integrais.</li> <li>-Orientar ingestão de</li> </ul>

	náusea e vômitos.	2000ml de água nas 24h. -Orientar realização de manobras de facilitação do trânsito intestinal até 2o trimestre da gestação.
8-Câimbras	Déficit de eletrólitos, levando a contração deficiente.	-Avaliar valores de eletrólitos, quando solicitados pelo médico. -Orientar quanto ao consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio. -Orientar quanto uso de sapatos confortáveis. -Orientar o parceiro quanto à realização de massagens e aplicação de calor local.
9-Varizes	Alteração da elasticidade dos vasos devido ao aumento de peso.	-Orientar quanto ao uso de meia calça para gestante se possível. -Orientar quanto à elevação dos membros inferiores em torno de 30 minutos ao deitar-se. -Atentar para identificação precoce de rompimento
10-Edema	Retenção de líquido devido aumento da produção do hormônio antidiurético.	-Orientar repouso com as pernas elevadas de pelo menos 20 minutos. -Orientar quanto ao revezamento de posições sentar x permanecer em pé. -Orientar quanto ao uso de sapatos confortáveis.

Quadro 01 – Problemas, diagnósticos e assistência da enfermagem

É no pré-natal que a equipe de enfermagem poderá perceber os sinais e sintomas das DHEG's, evitando assim a alta taxa de mortalidade materna e fetal. Um atendimento de qualidade no pré-natal pode ter um papel importante na redução das altas taxas de mortalidade materna e fetal.

Percebe-se uma assistência mínima e limitada que traduz o real acompanhamento da enfermagem, e de certa forma precisa urgentemente implantar a sistematização da assistência de enfermagem - SAE, no sentido de melhorar a assistência à clientela feminina portadora desta patologia, sobretudo porque a pré-

eclampsia e a eclampsia se constituem a primeira causa da mortalidade materna, e, por serem preveníveis, não se admite mais nos dias atuais deixar essa clientela sem uma assistência prestada por enfermeiras qualificadas para tal. É direito da mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade e é dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

Alvin, Bassoto e Marques (2007, p.271), relatam que:

(...) existe um número bastante considerável de mulheres que ainda não realizam o número mínimo de consultas, durante o pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde, contribuindo para que número de mortes, causado por complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério aumente. A sistematização da assistência de Enfermagem no período gestacional, principalmente através da realização da Consulta de Enfermagem no pré-natal de baixo risco e das ações educativas, é um caminho a ser seguido. A sistematização da assistência ao pré-natal de baixo risco irá implementar a cobertura e o acesso ao pré-natal, envolvendo e valorizando a (o) profissional Enfermeira (o) com vistas à assistência mais integral e humanizada, dentro das instituições de saúde. Com essa assistência, a instituição prestadora estará proporcionando, à mulher a oportunidade de ter acesso ao atendimento integral durante o período gestacional, prevenindo assim complicações e estimulando-a cuidar sempre de sua saúde.

Durante o acompanhamento do pré-natal a enfermagem deve considerar todas as informações e queixas levadas pela gestante, pois é importante saber os seus relatos que associados a dados clínicos podem detectar precocemente o aparecimento da hipertensão (MELSON et al., 2008).

Sendo assim, é necessário otimizar a assistência de enfermagem direcionada à gestante de baixo risco durante o pré-natal, contribuindo assim, para a melhoria da assistência oferecida à mulher, melhorando os indicadores de saúde. O desafio não é somente dos profissionais de enfermagem, mas de toda equipe multiprofissional e também dos gestores nos âmbitos: federal, estadual e municipal (ALVIN; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Pode-se perceber que a assistência de enfermagem possui um papel muito importante na prevenção, no diagnóstico precoce, no cuidado e na reabilitação da mãe que possui DHEG. Muitos são os fatores que nos leva a crer que depende da atenção e do cuidado da equipe de enfermagem para que as altas taxas de mortalidade materna e fetal diminuam consideravelmente. Portanto, cabe aos

profissionais da saúde uma maior preparação para esse cuidado e aos gestores possibilitar aos profissionais essa qualificação.

O enfermeiro tem como regra principal a monitorização constante dos níveis pressóricos da gestante durante o período gestacional, buscando sempre sinais e sintomas de alteração, levando a estas gestantes orientações para pratica de hábitos de vida saudáveis e repouso (OLIVEIRA, 2004).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados podemos perceber que as taxas de mortalidade materna e infantil são ainda consideradas muito altas e que a principal causa é a hipertensão na gestação, que leva ao aparecimento de doenças chamadas de DHEG's, doenças estas que poderiam ser evitadas através de um pré-natal adequado e que é de grande importância a participação do enfermeiro na prevenção das DHEG's.

Um dos principais motivos da alta taxa de mortalidade materna e fetal por DHEG's é a falta de conhecimento e informação sobre a importância do pré-natal na detecção precoce dos sintomas, para que assim se possa evitar ou reduzir as complicações que estas doenças podem trazer tanto para a mãe quanto para o feto, reduzindo assim as altas taxas de mortalidade do binômio fetal.

Portanto, é preciso que os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro se empenhem mais na conscientização das mães e familiares sobre a importância do pré-natal e da assistência de enfermagem dedicada a essas mulheres, é preciso também que os gestores se preocupem mais em aperfeiçoar essa assistência oferecida à mãe através da melhoria do preparo desses profissionais para que assim se possam melhorar os indicadores de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. B. (org.). Protocolo de Condutas em Síndromes Hipertensivas na Gravidez da Prefeitura do Município de São Paulo. **Programa de prevenção à mortalidade materna no município de São Paulo**. 2004. Disponível em: <[www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

ALVIN; D. A. B; BASSOTO; T. R. P; MARQUES; G. M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Revista Meio Ambiente e Saúde**. v. 2, n.1, p.258-272, mai./jul. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 29 set. 2010.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Fortaleza, v.39, n.4, p.243-245. 2007. Disponível em <[www.sbac.org.br](http://www.sbac.org.br)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. 3. ed. Brasília, DF. (2006). Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br)>. Acesso em: 08 de set. 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. 1. ed. Brasília, DF. (2005). Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br](http://www.portalsaude.gov.br)>. Acesso em: 13 set. 2010.

CANÇADO, F. et al. **Ginecologia e obstetrícia: manual para concursos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2007.

CORDOVIL, I. Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos. **Revista SOCERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 9-15, jan/mar. 2003. Disponível em: <[www.bireme.br](http://www.bireme.br)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CUNHA, et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Ana Nery Revista de Enfermagem**. v.13, n.1, jan/mar. 2009. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 02 set. 2010.

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](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 29 de set. 2010.

DARZE, Omar Ismail. Síndrome Hellp. **Protocolo - obs. – 037 do Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA**. Bahia, p.1-4, março. 2006. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

DOTTO; L. M. G; MOULIN; N. M; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.5, set./out. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 30 set. 2010.

DUSSE, S. M. L.; VIEIRA, M. L.; CARVALHO, G. M. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v.37, n.4, mar/jun. 2001. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (autoria). MELO, V. H.; RIO, S.M.P. (part.); Assistência pré-natal. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.53, n.5, set/out. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 07 set. 2010.

GANEM, E. M.; CASTIGLIA, Y. M. M. Anestesia na Pré-Eclâmpsia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Campinas, v.52, n.4, jul/ago. 2002. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

GOUVEIA, H. G; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.2, mar./abr. 2004. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 02 out. 2010.

KATZ, L.; 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**. Recife, v.30, n.2, p.80-86, jan/abr. 2007. Disponível em: <[www.bireme.br](http://www.bireme.br)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

MARTINS, C. A.; RESENDE, L. P. R.; VINHAS, D. C. S. Gestação de Alto Risco e Baixo Peso ao Nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v.5, n.1, p. 49-55, 2003. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

MELSON, K.A., et al. **Enfermagem materno- infantil** : planos de cuidados .3 ed. .tradução de COSENDEY, C. H ., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan ,2008.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. Toxemia Gravídica: Pré-Eclampsia/Eclampsia. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008. Cap.18, p.204-217.

MOURA, E. R. F.; et al. Fatores de Risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação entre Mulheres Hospitalizadas com pré-eclampsia. **Revista Cogitar Enfermagem**. Fortaleza, 2010. v.15, n.2, p.250-255. Disponível em: <[www.ser.ufpr.br](http://www.ser.ufpr.br)> . Acesso em: 12 ago. 2010.

OLIVEIRA, S. F. Hipertensão Arterial Crônica . In CORRÊA, M. D .et al. (ed.).**Noções Práticas de obstetrícia** .13 ed. . Belo Horizonte : COOPMED,2004. Cap 33, p.461-470.

OLIVEIRA, C. A.; et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.6, n.1, jan/mar. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

PASCOAL, F. I. Hipertensão e gravidez. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Brasília, v.9, n.3, p.256-261, julho/set. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf>>. Acesso em: 20 abr.2010.

PERAÇOLI, C. J; PARPINELLI, A. M. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.27, n.10, Out. 2005. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 20 abr. 2010.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.58, n.6, nov./dez. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 30 set. 2010.

SANTIAGO, M. S.; NAGAHAMA, I. E.E. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Manual de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério**. 4. ed. Belo Horizonte, MG. (2008). Cap. 1, p.3-20.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T. D. G; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Recife, v. 4, n.3, p.269-279, jul/set. 2004. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 08 set. 2010.

SILVA, L. L. J.; SOUZA, L. S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Brasília, v. 06, n. 03, p. 330-335, set./dez. 2004. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 31 mai. 2010.

SILVA, JANICE C. **Manual Obstétrico: Guia Prático para Enfermagem**. 2. ed.rev. e ampl. São Paulo. Corpus, 2007.

SOUZA, N.L.; Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n.5, out. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 13 set. 2010.

WANNMACHER, L. Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Brasil. Brasília, v.1, n.11, out. 2004. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

ZANOTTI, C. D.; ALINE, Z.; HELEN, C. F. C.; Orientação de Enfermagem na Educação em Saúde á Gestantes com Doença Hipertensiva Especifica da Gestação – DHEG. Lins. São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br>>. Acesso em: 10 ago. 2010.