



SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO: UMA VISÃO ATUAL DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE RISCO

Autor: Lara Maria Medeiros de Oliveira

Orientador: Flávia dos Santos Lugão de Souza

Curso: Enfermagem

Período: 9º Área de Pesquisa: Saúde da Mulher

Resumo: A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação é uma complicação que acontece durante o ciclo gravídico-puerperal e apresenta alta taxa de mortalidade no mundo. A realização de um pré-natal eficiente e individualizado é uma das melhores formas de evitar ou remediar o acontecimento desta síndrome, portanto é imprescindível que os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar conheçam suas devidas obrigações e que estas sejam bem definidas e funcionais. Nesta perspectiva, o objetivo deste trabalho foi analisar a relevância da atuação do enfermeiro no cuidado de gestantes portadoras da referida síndrome, destacando os direcionamentos dados por órgãos regulamentadores quanto à prática. Para tal, este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, onde foram consultadas obras relacionadas ao assunto em bancos de dados digitais para coleta e análise de dados. Observou-se, por fim, que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no momento do pré-natal em pacientes que apresentam a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação é de caráter preventivo e educacional, desta forma, fundamentalmente essencial para o impedimento do desenvolvimento da doença e para o manejo desta uma vez que presente. Referente ao cuidado no sentido de educar, este mostrou-se extremamente relevante, pois muitas mulheres desconhecem o mecanismo da doença, tornando seu processo, por vezes, mais dificultoso e conflitante.

Palavras-chave: Síndromes hipertensivas; Gestação de alto risco; Enfermeiro.

1.INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é considerada uma das complicações mais importantes do ciclo gravídico-puerperal devido à sua alta morbimortalidade para mãe e filho. Cerca de 10% das gestações no mundo desenvolvem alguma forma a referida síndrome (FERREIRA et al., 2021). Dessa forma, as equipes encarregadas de acompanhar as gestantes durante as consultas de pré-natal devem conhecer a importância de sua atuação para proteger a vida do binômio mãe-filho.

No pré-natal, são prestados serviços de promoção e prevenção de doenças durante a gravidez, e quanto mais precoce o diagnóstico da SHEG, menor o risco de lesão (FERREIRA et al., 2021). Com isso em mente, o objetivo deste estudo foi analisar a relevância da atuação do enfermeiro no acompanhamento de gestantes portadoras da SHEG durante o pré-natal.

Poza et al. (2016), mostraram ainda que a doença apresenta alta taxa de mortalidade. Nesse sentido, a justificativa para a construção deste trabalho é que, sendo o enfermeiro um dos profissionais habilitados para realizar o pré-natal (AGUIAR, 2014), durante o processo de avaliação, este profissional encontra oportunidades para identificar potenciais sinais e sintomas do acometimento e em seguida encaminhar a gestante para um tratamento adequado.

Por outro lado, ao analisar mulheres com histórico da síndrome, o medo se manifesta em dor, trauma e sentimentos pesados (OLIVEIRA et al., 2016). Frente a isto, este estudo teve como objetivo ainda analisar o que os profissionais de enfermagem devem fazer para minimizar as dificuldades vivenciadas pelas gestantes diagnosticadas com SHEG, além de objetivar esclarecer sinais e sintomas característicos da doença para que, compondo a equipe multidisciplinar que trata desta condição, o enfermeiro saiba reconhecer tal patologia ainda em seu estágio inicial, sendo capaz de promover a saúde e bem-estar da paciente.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez é uma doença de grande preocupação pública, por isso é imprescindível que as equipes de saúde compreendam os fatores predisponentes dessa patologia a fim de identificar o potencial para seu desenvolvimento em qualquer momento do pré-natal (PN) e assim formular um plano de prevenção, promoção e proteção da saúde. Nesse contexto o objetivo deste estudo é analisar a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, suas características e as ações do enfermeiro diante deste acometimento. Por fim, o problema de pesquisa levantado para este estudo foi: a atuação do enfermeiro no cuidado de pacientes com SHAG tem relevância?

2.DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

Segundo Aguiar et al. (2010), e de acordo com o NANDA, a doença causa risco de infecção, dor aguda, baixa autoestima situacional, sobrecarga de líquidos, náuseas, privação de sono, risco de função hepática prejudicada, distúrbios urinários, constipação, desequilíbrios nutricionais: menos/mais que necessidades físicas e ansiedade.

Ainda do ponto de vista de Aguiar et al. (2010), que os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da SHEG podem ser divididos em fatores intrínsecos e relacionados ao ciclo gravídico ou extrínseco e não estarem ligados ao ciclo gravídico, dentre esses, podemos destacar: o nível econômico, constituição física, raça, idade materna, hereditariedade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Além disso, em seu estudo, Nour et al. (2015), constataram que ao vivenciar a síndrome pela primeira vez, ainda que sem manifestar qualquer gravidade, os sentimentos expressos por uma mulher foram correlacionados com preocupações a respeito de detalhes da síndrome que ela desconhecia.

“O acesso à assistência em saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos.³ Neste íterim, com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, surgiu um modelo de normatização da assistência às gestantes no Brasil. O programa estabeleceu o número de consultas pré-natais, idade gestacional de ingresso, exames laboratoriais e ações de educação, além de trazer discussões das práticas em saúde e suas bases conceituais (OLIVEIRA et al. 2017, p.02)”.

2.2 Metodologia

O presente estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica. Segundo Cesário et al. (2020), este tipo de pesquisa baseia-se em material já construído, como artigos publicados, monografias e periódicos científicos para elaboração de fundamentação teórica acerca do assunto de interesse.

Neste sentido, para dar início buscou-se reunir evidências capazes de responder à pergunta de pesquisa e, para tal, uma busca em bibliotecas digitais foi realizada. Os bancos de dados utilizados foram: Google Acadêmico, Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), LILACS e Scielo.

A busca bibliográfica também utilizou documentos oficiais, como leis, relatórios, manuais técnicos disponibilizados no site do Ministério da Saúde, assim como capítulos de livros pertinentes ao tema. Unidades de análise, segundo Frota (s.d.) apud Siglenton (1988), “são os objetos ou eventos aos quais as pesquisas sociais se referem, o que ou quem será descrito, analisado ou comparado”. Assim, a unidade de análise deste trabalho é o trabalho do enfermeiro em casos de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.

Para a coleta dos dados, foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos acadêmicos publicados entre 2010 e 2022, em língua portuguesa, disponibilizados de maneira gratuita nos bancos de dados supracitados e que apresentassem respostas à

pergunta norteadora da pesquisa. Os descritores utilizados foram: síndrome hipertensiva; gestação de alto risco; enfermeiro.

Após leitura dos documentos encontrados, foram excluídos artigos que tivessem informações repetitivas, artigos inferiores a 2010 e artigos que não explanavam nada acerca do problema da pesquisa. Foram excluídos ainda documentos de domínio privado, pois isto impossibilitou a leitura de maneira integral do estudo. A coleta de dados foi realizada de maneira independente pela autora.

A análise dos dados, por sua vez, foi realizada de maneira qualitativa sobre os dados encontrados que atendiam aos critérios de inclusão. Estes foram compilados e observados, a fim de reunir informações pertinentes sobre a temática proposta, além de responder à pergunta norteadora desta pesquisa.

2.3 Resultados

Depois de realizar a busca e escolha de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, tivemos a composição da amostra para o estudo. Foram selecionados 20 artigos para a elaboração do estudo, conforme demonstrado na Tabela 1.

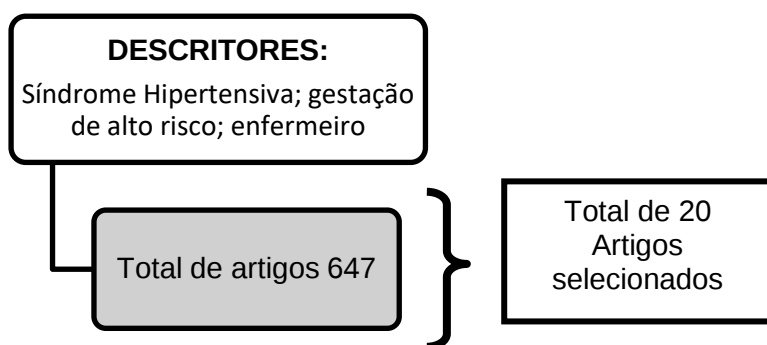
Tabela 1 – Total de artigos selecionados a partir dos descritores nas bases de dados

DESCRITORES	BASE / Nº de artigos			
	SCIELO	BDENF	LILACS	GOOGLE ACADÊMICO
Síndrome Hipertensiva; gestação de alto risco; enfermeiro.	39	108	100	400
Total de artigos selecionados	05	03	04	08

Fonte: Autora do estudo (2022).

Os dados foram coletados, sintetizados e organizados a fim de atingir o objetivo proposto para esta pesquisa. Para maior clareza, no **fluxograma 1** abaixo esclarece-se este processo.

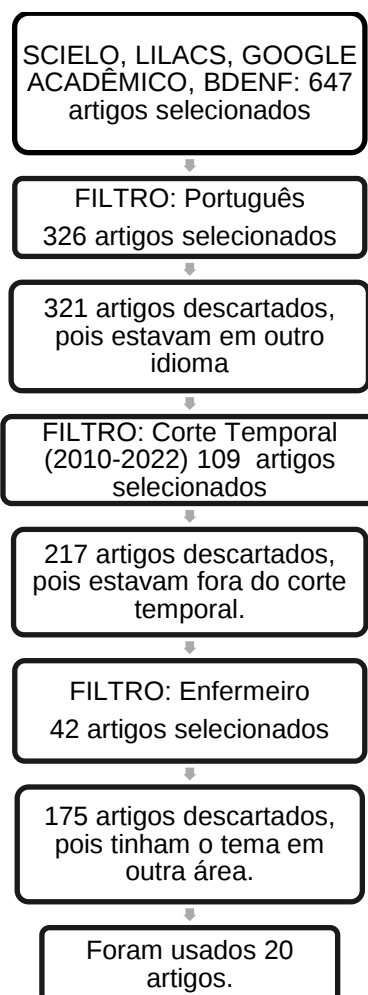
FLUXOGRAMA 1 - Seleção dos artigos a partir dos descritores



Fonte: Autora do estudo (2022).

A aplicação dos filtros para selecionar os materiais utilizados para elaboração desta pesquisa foi realizada gradualmente, conforme esclarecido no **fluxograma 2** abaixo.

FLUXOGRAMA 2 - Descartes dos artigos após a implementação dos filtros



Fonte: Autora do estudo (2022).

A partir da metodologia de pesquisa apresentada foram selecionados um total de vinte artigos apresentados na **tabela 1**. Desta forma, tornou-se possível a discussão do assunto para compreender a SHEG e a atuação do enfermeiro frente à esta enfermidade. Os artigos utilizados, seus títulos, autores e ano de publicação são esclarecidos na **tabela 2**.

Tabela 2 - Artigos selecionados para a realização da pesquisa

TÍTULO	AUTORES	ANO
1- Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação	AGUIAR, F. I. M. et al.	2010
2- Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva	AGUIAR, L. R. S. et al.	2014
3- Gestação de alto risco	BRASIL	2012

4- Assistência de enfermagem na prevenção das complicações decorrentes da síndrome hipertensiva específica da gestação	FERREIRA et al.	2021
5- A delimitação das unidades de análise em ciência da informação	FROTA, M. G. C.	S.d.
6- Perfil antropométrico de gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave	JÚNIOR, F. S. B. et al.	2019
7- Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional	LIMA J. P. et al.	2018
8- Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento	MINISTÉRIO DA SAÚDE	2016
9- Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem	NOUR, A. F. G. et al.	2015
10- Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia	OLIVEIRA, K. K. P. A. et al.	2016
11- Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico	OLIVEIRA, S. G. et al.	2017
12- Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)	2013
13- Crise hipertensiva gestacional	POZZA, L. V. et al.	2016
14- Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento"	QUEIROZ, M. R.	2018
15- Obstetrícia Fundamental	REZENDE, J; MONTENEGRO, C. A. B.	2014
16- Importância do pré-natal para prevenção da pré-eclâmpsia: uma revisão de literatura	SANTOS, F. P.	2011
17- Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais	SBARDELOTTO, T. et al.	2018
18- Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação	SILVA, D. F. et al.	2018
19- Síndrome HELLP: fisiopatologia acompanhamento laboratorial	VANELLI C. M. et al.	2017
20- Pré-eclâmpsia	KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB.	2018

Fonte: Autora do estudo (2022).

Assim, observa-se que, quanto ao ano de publicação das pesquisas, dos 20 artigos selecionados, um artigo foi publicado em 2010, um em 2011, um em 2012 e um em 2013. Além disso, dois artigos têm como ano de publicação 2014, um artigo foi publicado em 2015, três em 2016, dois no ano de 2017, cinco no ano de 2018, um

no ano de 2019 e um no ano de 2021. Desta forma, neste estudo, as pesquisas de diferentes autores dos últimos 12 anos foram analisadas qualitativamente a fim de atingir o objetivo deste trabalho.

2.4 Discussões

Após a leitura dos artigos selecionados para a elaboração do trabalho, agrupamos esses artigos em 4 eixos principais: 1) A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez; 2) Fatores relacionados à Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional (SHEG); 3) Prognóstico e atores envolvidos na prevenção; 4) Ações de enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional.

2.1 A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez

De acordo com Ferreira et al. (2021), a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é considerada uma das complicações mais importantes do ciclo gravídico-puerperal devido à sua alta morbimortalidade para mãe e filho. Os distúrbios hipertensivos gestacionais, como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP, ocorrem em cerca de 10% das mulheres grávidas em todo o mundo.

Aguiar et al. (2014), dispõem que o diagnóstico de hipertensão arterial na gravidez é realizado quando os níveis pressóricos da paciente se encontram iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Além disso, a SHEG pode ser classificada em quatro formas distintas:

“Hipertensão crônica (HC): acontece se uma mulher grávida tiver o diagnóstico de hipertensão antes da gravidez ou até a 20^a semana de gestação; “Hipertensão induzida pela gravidez” (HIG) ou “Síndrome hipertensiva específica da gestação” (SHEG): o quadro hipertensivo se desenvolve após a 20^a semana de gestação, mas não acompanhada de proteinúria; “Pré-eclâmpsia” (PE): agravamento da HIG, com presença de proteinúria; “Pré-eclâmpsia superposta” (PES), quadro de HC agravado durante a gestação pela presença de proteinúria; Eclampsia (EC): “eclampsia convulsiva”, agravamento com crises convulsivas; “eclampsia comatosa”, quando o quadro de pré-eclâmpsia culmina com o coma, na ausência de convulsões; Síndrome HELLP, quadro composto por hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas (AGUIAR et al., 2014)”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), a eclampsia se diferencia da pré-eclâmpsia pois a primeira gera quadros de convulsões generalizadas, enquanto a segunda caracteriza-se pelo início de um novo episódio de hipertensão durante a gravidez, onde tem-se: hipertensão persistente (pressão arterial diastólica ≥ 90 mm Hg) e proteinúria significativa ($> 0,3$ g/24 horas).

Já mulheres que desenvolvem a pré-eclâmpsia, a invasão trofoblástica é interrompida ou ocorre de maneira inadequada, o que resulta em vasos de alta resistência e baixo fluxo da circulação placentária. A hipóxia e a isquemia placentária, por sua vez, ocasionam lesão do endotélio vascular, agregação plaquetária e obstrução do fluxo sanguíneo placentário (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

A hipoxia placentária causa também um aumento da produção de peróxidos lipídicos, que alteram negativamente a síntese de prostaciclina, potente vasodilatador. A síntese do óxido nítrico potente também apresenta sinais de possível alteração na pré-eclâmpsia (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

Um quadro importante a ser observado ainda é a Síndrome HELLP. Esta caracteriza-se como condição em que a gestante com a pré-eclâmpsia ou eclampsia se encontra em hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia. A associação desta patologia ao diagnóstico preexistente de pré-eclâmpsia ou eclampsia eleva significativamente a taxa de morbimortalidade da paciente (VANELLI et al., 2017).

Em 70% dos casos, a Síndrome HELLP acontece antes do parto, sendo 15% entre 17-26 semanas, 30% no pós-parto e a grande maioria diante de 36 semanas. Os sintomas que tipicamente acompanham esta síndrome são dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, cefaleia, vômitos e náuseas (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

Já a pré-eclâmpsia supera juntada acontece quando a pré-eclâmpsia se encontra associada a hipertensão pré-existente à gestação e ocorre em 15 a 30% dos casos. Esta condição deve ser acompanhada com considerável cautela, pois a pré-eclâmpsia se associa à hipertensão crônica quando o conceito ainda é imaturo, aumentando as chances de desfecho negativo tanto para a gestante quanto para o feto (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018). O diagnóstico é feito quando se constata acréscimo na PAS de 30mmHg e na PAD de 15mmHg, além do aparecimento de edema generalizado e proteinúria (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

A eclampsia, por sua vez, é classificada como a maior causadora de convulsões quando associada com a proteinúria na gravidez e hipertensão arterial. Ela é definida como a apresentação de quadros convulsivos e/ou coma, estando estes relacionados ou não a outras condições cerebrais, durante o ciclo gravídico-puerperal, em gestantes com sintomas e sinais característicos de pré-eclâmpsia (FERREIRA et al., 2021).

A respeito da incidência, Ferreira et al. (2021), esclarecem que:

“Sua incidência varia de 1/100 a 1/3.500 gestações, onde as convulsões podem apresentar sinais premonitórios como cefaleia occipital forte e persistente, mudança de comportamento tanto para o lado da agitação como da obnubilação e torpor, distúrbios visuais como borramento da visão, escotomas, fotofobia, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, náuseas e vômitos (Ferreira et al. 2021)

A crise convulsiva é um quadro de relevante importância médica e pode acontecer durante o período de gestação (50% dos casos), durante o parto (25%) ou no puerpério (25%). Todavia, se observada durante o pós-parto, após 72h, a crise convulsiva é classificada como eclâmpsia tardia. Nestes casos pode haver o aparecimento de lesões hepáticas, alterações respiratórias, icterícia, taquicardia e hipertermia, anúria, hematúria e outros. Por fim, a eclâmpsia comatosa com ou sem a presença de convulsão, é um desdobramento raro e gravíssimo. Neste, a paciente entra diretamente em coma, podendo ocorrer severas lesões hepáticas e outros agravamentos (REZENDE; MONTENEGRO, 2014).

2.2 Fatores relacionados à Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional (SHEG)

Queiroz (2018), aponta que história familiar de SHEG, diabetes, idade materna avançada, doença do colágeno, obesidade, doença renal, gestações múltiplas, doença trofoblástica gestacional, entre outros, são estabelecidos como possíveis fatores predisponentes da SHEG. Além disso, cerca de 75% dos casos da doença estão associados a mulheres nulíparas. Nesses casos, o transtorno é mais comum em pacientes com hipertensão arterial pré-gestacional.

Já Sbardelotto et al. (2018), demonstraram em seu estudo que o número de consultas de pré-natal esteve diretamente ligado à ocorrência de SHEG com relevância estatística. Este dado reforça a importância de um acompanhamento intensificado de gestantes desde o pré-natal. Observou-se também que em gestações múltiplas, independentemente da paridade, os distúrbios hipertensivos ocorrem frequentemente durante o primeiro trimestre e apresentam-se em formas mais graves do que em gestações únicas.

No que se refere aos níveis socioeconômicos, de acordo com Júnior et al. (2019), estudos demonstram que condições socioeconômicas adversas como a baixa renda familiar colocam mulheres em elevado risco de gravidez, pois muitas vezes essas condições estão associadas ao estresse e piora do estado nutricional. A eclâmpsia e síndrome HELLP, por exemplo, são mais comuns em classes socioeconômicas menos favorecidas.

Um dado bem estabelecido é o de que a maior presença de SHEG acontece nos extremos de idade - abaixo dos 18 e acima dos 40 anos (BRASIL, 2012). Esta condição pode ser correlacionada a nuliparidade em gestantes jovens e em mulheres grávidas com idade avançada. Estudos evidenciaram ainda que um fator de grande relevância no desenvolvimento de síndromes hipertensivas é a obesidade, portanto, quanto maior o índice de massa corporal (IMC), maior é a disposição para configurar um de quadros de SHEG (SBARDELOTTO et al., 2018). Todavia, a identificação de tais condicionamentos pode ser feita previamente, durante o pré-natal, tornando possível a observação de protocolos bem estabelecidos para controle da referida síndrome e seus desdobramentos (JÚNIOR et al., 2019).

2.3 Prognóstico e atores envolvidos na prevenção

A SHEG não ocasiona sequelas irreversíveis na mulher, ainda que a conversão completa dos sintomas aconteça dentro de um período de 12 meses, desde que a paciente seja bem monitorada pela equipe que a acompanha (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

Em relação ao prognóstico de segundas gestações, Lima et al. (2018), afirmam em seu trabalho que pacientes acompanhadas de histórico de SHEG demonstram enorme risco de um novo quadro de SHEG numa gestação posterior. Desta forma, mulheres com esta particularidade devem ser aconselhadas a dar início precoce ao pré-natal, além de necessitarem de maior número de consultas.

Já os mecanismos patogênicos que desencadeiam crises hipertensivas são pouco conhecidos e inconclusivos. No entanto, existem causas atualmente observadas que podem determinar ou mesmo contribuir para seu aparecimento, como antecedentes familiares, tabagismo, estresse, condições nutricionais precárias, início da vida reprodutiva, raça negra, nível socioeconômico, obesidade, diabetes mellitus, e hipertensão arterial (AGUIAR, 2014).

Neste sentido, o que todas as facetas desta síndrome têm em comum é o fato de necessitarem de uma identificação precoce, além de medidas operacionais rápidas e apropriada, a fim de evitar complicações ou mesmo óbitos. Pozza et al. (2016), afirmam que a atenção básica, responsável pela maioria dos acompanhamentos gestacionais de baixo e médio risco, é o momento em que os primeiros atendimentos a gestante devem ser ofertados, uma vez que este é o elo mais próximo da gestante com a equipe de saúde, que a acompanha realizando consultas de pré-natal. Para obter o diagnóstico precoce, o acompanhamento pré-natal a gestantes com condições classificadas como de alto risco à saúde da mulher deve ser realizado por

uma equipe multiprofissional. Deve ser elaborado de forma individualizada e considerando o crescimento e bem-estar fetal, além dos níveis pressóricos e as condições gerais da mulher gestante. Estes detalhes são fundamentais no momento da tomada de decisão terapêutica (OLIVEIRA et al., 2016).

Nour et al. (2015) reiteram que, dentro da equipe multiprofissional envolvida na atenção básica, o enfermeiro é um profissional devidamente habilitado para identificar a SHEG, fazer as primeiras observações e também os encaminhamentos necessários, pois é incentivado academicamente a desenvolver um olhar que contemple não apenas os procedimentos tecnológicos, mas compreender o paciente em sua totalidade e particularidade.

2.4 Ações de enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica Gestacional

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns durante a condução do parto normal, orientando para a respeito do que deve e o que não deve ser feito no processo. Esta classificação foi construída a partir de evidências científicas de pesquisas feitas a nível mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Denominada “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, a classificação é dividida em quatro categorias, sendo elas A, B, C e D. Nestas, são listadas as práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e, por fim, práticas frequentemente usadas de modo inadequado (SILVA, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), quase um décimo das mortes de gestantes na África e na Ásia e um quarto das mortes maternas na América Latina relacionam-se com distúrbios hipertensivos observados durante a gravidez. Entre estes distúrbios, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são condições que apresentam os maiores impactos relacionados a mortalidade e morbidade infanto-maternal. No entanto, grande parte dos óbitos poderiam ser evitados com a promoção de cuidados em tempo hábil e eficazes.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, com o intuito de dar continuidade na classificação elaborada em 1996 pela OMS, implantou por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), uma extensão do processo de humanização na obstetrícia. Essa estratégia tinha como propósito resgatar princípios da obstétrica integrada, qualificada e humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério, contando com a participação dos estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atendimento do cidadão e exerce forte influência no acolhimento da gestante. Ações voltadas a proteção, promoção e recuperação da saúde integral viabilizam a elaboração de vínculos entre os profissionais de saúde e os pacientes atendidos (SILVA, 2018). Ademais, facilitar um bom acesso e acompanhamento do pré-natal, além de assistência ao parto são práticas fundamentadas no direito à humanização da assistência à parturiente e ao neonato e são garantidos pelo PHPN (BRASIL, 2012).

A condução adequada do pré-natal permite a prevenção e a detecção precoce da SHEG, o que facilita, por sua vez, a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas a complicações desta patologia. Isto se dá devido a organização do fluxo, pois gestantes que forem identificadas com hipertensão deverão ser encaminhadas para continuidade do pré-natal em serviços especializados de alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Já pacientes identificadas com quadros de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, deverão ser direcionadas à serviços de urgências e emergências obstétricas (LIMA et al., 2018).

Santos (2011), discorre que “a realização de um pré-natal de forma inadequada ou incompleta, seja, pela descoberta tardia da gestação, ou por falta de interesse representa um importante fator que justifica o desenvolvimento da SHAG durante a gestação”.

Assim, compreendendo que o enfermeiro é um profissional capacitado para o acompanhamento de gestantes classificadas com alto risco para desenvolvimento da síndrome, a atuação da equipe de enfermagem referente ao ciclo gravídico-puerperal começa na assistência pré-natal (PN) que deve ser fundamentada em ações objetivas, bem elaboradas e preventivas a fim de garantir proteção à saúde da mulher (SANTOS, 2011).

O objetivo primordial da assistência pré-natal, segundo Brasil (2012), é “o acolhimento da mulher no início da gravidez período no qual as diversas alterações fisiológicas e psicológicas refletem nela sensações tais como: medo, angústias, curiosidades, fantasias e dúvidas”.

Neste sentido, é importante que o conhecimento técnico seja dominado pelo enfermeiro, que deve seguir as normativas a fim de controlar tais alterações fisiológicas, promovendo assim a saúde da mulher e da criança. A OMS estabelece um roteiro com as ações que devem ser tomadas pelos profissionais de saúde para a prevenção e gestão da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia, conforme descrito no **quadro 1**.

Quadro 1 - Recomendações da OMS para a prevenção e gestão da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia durante o pré-natal

Práticas recomendadas	Práticas NÃO recomendadas	Implicação da prática
Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a ingestão de cálcio é baixa (<900 mg/dia).	Suplementação de vitamina D durante a gravidez. Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a deficiência de cálcio não está presente.	Fornecer cálcio a todas as mulheres com baixa ingestão de cálcio e dose baixa de ácido acetilsalicílico a grupos selecionados para a prevenção da PE/E. Embora a suplementação de vitaminas possa ser útil para outras condições de saúde, não forneça vitaminas C, D ou E a gestantes como parte de

		uma estratégia para a prevenção da PE/E.
Dose baixa de ácido acetilsalicílico (aspirina, 75 mg) para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver a condição.	Suplementação individual ou combinada de vitamina C e vitamina E.	Administração de fármacos anti-hipertensivos, mas não diuréticos, em gestantes com hipertensão grave.
Fármacos anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão grave.	Uso de diuréticos, particularmente as tiazidas, para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.	
Em mulheres com pré-eclâmpsia grave, se houver um feto viável e a gravidez tiver menos de 37 semanas de gestação, a gestão expectante pode ser considerada, considerando que não ocorram problemas como hipertensão materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal e que as condições possam ser monitoradas.		Para uma mulher com pré-eclâmpsia grave durante a gravidez pré-termo (< 37 semanas), os clínicos podem monitorar a mulher se: (1) a pressão arterial dela estiver sob controle; (2) não houver sofrimento fetal; e (3) não houver sinais de disfunção orgânica materna. Durante este período de gestão expectante é necessária uma monitoração contínua.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2013.

Além disso, Aguiar et al. (2010), dizem que a partir de suas experiências práticas em obstetrícia, percebeu-se a importância da utilização de uma sistematização de enfermagem voltada à gestante com SHEG, a fim de identificar adequadamente os cuidados necessários para garantir a homeostase, além de facilitar a determinação de prioridades e “planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem, visando promover uma assistência qualificada e humanizada”.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modelo metodológico que possibilita ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, aprimorando o cuidado e a organização das necessidades e possibilitando um serviço de enfermagem contínuo, justo e com eficácia. A SAE é composta por cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e avaliação (SILVA, 2018).

Em uma pesquisa descritiva feita por Aguiar et al. (2010), numa unidade específica para SHEG de uma Maternidade-Escola referência em cuidados de enfermagem na cidade de Fortaleza — Ceará, foram coletadas de 15 gestantes informações a respeito de sintomas e então identificados 26 diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA 2009-2011.

Dentre estes, foram selecionados 11 diagnósticos mais frequentes, apresentados em pelo menos 20% das gestantes, sendo eles: risco de infecção, dor aguda, baixa autoestima situacional, volume de líquidos excessivo, náusea, privação de sono, risco de função hepática prejudicada, eliminação urinária prejudicada, constipação, nutrição desequilibrada: menos/mais do que as necessidades corporais e ansiedade.

A partir destes diagnósticos, os autores construíram o Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem à paciente com SHEG, com base na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), esclarecendo a atuação do enfermeiro frente a estes casos (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem à paciente com SHEG

Diagnósticos de enfermagem	Nº	Prescrição de enfermagem
Risco de infecção	15	Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado Manter sistema fechado de drenagem urinária Trocar o sistema de drenagem urinária a intervalos regulares (15 em 15 dias); Observar características da drenagem urinária; Obter amostras de urina através do orifício do sistema fechado de drenagem urinária; Trocar acesso endovenoso conforme orientação do CDC (a cada 72 horas); Assegurar manuseio asséptico de todas as linhas assépticas; Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção Facilitar as medidas de higiene
Dor aguda	11	Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes; Administrar analgésicos (conforme prescrição médica); Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e frequentes após cada administração; Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais; Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor (não-farmacológica: posição confortável, massagens relaxantes e toque terapêutico)
Baixa autoestima situacional	11	Monitorar o nível de autoestima; Fazer afirmações positivas sobre a paciente Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos e reforçá-los; Ajudar a paciente a discutir as mudanças causadas por uma gravidez; Determinar se uma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal da paciente; Ajudar a paciente a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoais
Volume de líquidos excessivo	10	Avaliar a localização e a extensão do edema; Pesar diariamente a paciente; Manter registro preciso da ingestão e da eliminação Monitorar o estado de hidratação (mucosas úmidas, adequação das pulsações e pressão sanguínea ortostática); Monitorar sinais vitais; Monitorar os valores séricos e urinários de eletrólitos e proteínas; Monitorar indicadores de sobrecarga/retenção de líquidos (crepitação, distensão de veia do pescoço); Monitorar busca de manifestações neuromusculares de hipermagnesemia (fraqueza ao

		afastar reflexos dolorosos profundos, paralisia muscular e musculatura flácida)
Náusea	09	Assegurar administração de drogas antieméticas para prevenir náusea (conforme prescrição médica); Controlar fatores ambientais capazes de evocar a náusea (cheiros, sons, estimulações visuais desagradáveis); Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas para o controle da náusea (relaxamento, musicoterapia, acupressão); Usar higiene oral para promover conforto; Oferecer seis refeições menores, em vez de três; Orientar a não ingerir líquidos com alimentos, dando preferência aos intervalos das refeições.
Privação de sono	09	Oferecer à pessoa o uso dos analgésicos prescritos; Ajustar temperatura do quarto ou providenciar/retirar cobertores; Adaptar iluminação ambiental Controlar ou prevenir ruído indesejado; Adaptar o ciclo regular do sono/estado de alerta do paciente ao plano de cuidados; Monitorar/registrar o padrão do sono do paciente; Auxiliar a paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam estado de alerta; Prevenir interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso.
Risco de função hepática prejudicada	09	Monitorar resultados de exames laboratoriais de função hepática (TGO, TGP, bilirrubina, dentre outros); Identificar sinais e sintomas de complicações hepáticas (dor no hipocôndrio direito, palidez, icterícia); Orientar dieta hipossódica e hiperprotéica; Promover repouso.
Eliminação urinária prejudicada	06	Monitorar ingesta e eliminação; Realizar sondagem conforme prescrição médica; Orientar a paciente/família a registrar o débito urinário; Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor; Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária.
Constipação	04	Monitorar sinais e sintomas de constipação; Monitorar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor; Monitorar ruídos hidroaéreos; Encorajar um aumento da ingestão de líquidos; Administrar enema quando adequado; Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras.
Nutrição desequilibrada	04	Determinar ingestão e hábitos alimentares da paciente; Discutir as preferências alimentares; Monitorar a tolerância à evolução da dieta; Oferecer seis refeições menores, ao invés de três.
Ansiedade	03	Identificar o nível de ansiedade; Explicar todos os procedimentos; Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Encorajar a família a permanecer com a paciente; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.

Fonte: Aguiar et al. (2010).

Portanto, ao analisar os dados da **tabela 2**, nota-se que o papel do enfermeiro frente a SHAG durante o pré-natal apresenta uma sistematização específica e abrange aspectos emocionais relacionados a doença, observando o indivíduo como um todo. Oliveira et al. (2016), apontam que “planejar uma assistência individualizada a cada gestante é um exemplo de compromisso que o profissional de enfermagem demonstra no cumprimento de suas funções”.

3.CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relevância da atuação do enfermeiro no cuidado de gestantes com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) durante o pré-natal. Assim, no referencial teórico demonstrou-se o que é a SHEG, quais seus sinais e sintomas, fatores predisponentes, como se dá seu prognóstico e os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de tais fatores.

Na sequência apresentou-se a metodologia utilizada para construção deste trabalho, seguida dos resultados obtidos a respeito do tema abordado considerando as informações dispostas no referencial teórico. Diante da análise destes resultados, evidenciou-se que o enfermeiro, frente a casos de SHEG, tem papel fundamental tanto no que tange as atividades técnicas, quanto no auxílio emocional através do olhar atento as demandas que sobressaem ao físico. Observou-se também seu papel fundamental enquanto educador nesta fase.

Ao apresentarem a síndrome pela primeira vez, ainda que ausentes as manifestações graves, através deste estudo, constatou-se que sentimentos associados à preocupação e à angústia em relação ao desconhecido foram vivenciados por mulheres com SHEG. Em contrapartida, em gestantes com complicações graves em gestação anterior ou na atual, observou-se que o medo surgiu atrelado à angústia, trauma, desespero e choro.

Desse modo, através desta pesquisa foi possível compreender que o trabalho do enfermeiro, desde que baseado nos parâmetros determinados pelo NANDA/NIC atende de forma individualizada as gestantes e propõe atuações que consideram questões físicas e emocionais das pacientes. Evidenciou-se ainda que este processo é melhor desenvolvido quando há uma equipe multiprofissional capacitada e comprometida.

Quanto a oferta de educação a respeito da patologia e apoio emocional, evidenciou-se que a atuação do enfermeiro em casos de SHEG é de extrema importância para garantir o bem-estar físico e mental da gestora e de seu bebê. Isto porque, constatou-se que, entre as que gestantes não possuíam conhecimentos satisfatórios com relação à síndrome, frequentemente associa-se isto apenas à elevação da pressão arterial.

Levando em consideração que o emocional influencia diretamente na alteração da pressão arterial, quando o enfermeiro ouve, acolhe e presta um cuidado baseado na literatura orientadora, ele é capaz realizar um procedimento técnico que trata do ser humano a partir de suas especificidades. O cuidado necessita ser compreendido como algo capaz de proporcionar uma melhoria significativa na vida do paciente, logo, a escuta qualificada e os procedimentos técnicos se complementam no que tange o cuidar.

A enfermagem é a ciência do cuidado e baseia-se neste mérito para ofertar uma assistência pré-natal a partir de elevado grau de sensibilidade, especialmente com relação à escuta com o objetivo de minimizar angústias, dúvidas e medos. Desse modo, este estudo evidenciou que o papel do enfermeiro em casos de Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez é fundamental e de grande relevância tanto para a equipe, quanto para o paciente através dos cuidados humanizados, atividades educativas e apoio emocional integral e corretamente direcionado.

A SHEG é considerada como um grande desafio de saúde pública, portanto, é importante que os profissionais de saúde conheçam os fatores associados a

predisposição de tal patologia descritos neste trabalho, a fim de estarem aptos a reconhecer a possibilidade de desenvolvimento da SHEG em qualquer momento do Pré-Natal.

Nesse pressuposto, através deste estudo, o resultado encontrado foi que a consulta de enfermagem no pré-natal possui um papel extremamente relevante para diminuição das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, visto que realiza os rastreios necessários para a compreensão do estado de saúde da gestante e possibilita a promoção e prevenção a saúde através da detecção precoce de agravos e doenças que poderiam figurar um desfecho negativo caso não fossem previamente diagnosticados.

Observou-se ainda que a sistematização do atendimento de enfermagem contribui para um atendimento qualificado, humanizado e individual. Por fim, é importante propor o aperfeiçoamento de medidas relacionadas ao enfrentamento desta síndrome e um investimento maior no incentivo da sistematização e documentação do manejo operacional do enfermeiro para que sejam encontradas e difundidas com maior facilidade informações acerca da SHEG.

Esta ação beneficia tanto profissionais quanto a comunidade, uma vez que a difusão do conhecimento permite melhor organização da prática e confere ao enfermeiro a capacidade e habilidade de orientar os pacientes quanto aos cuidados relacionados ao controle deste acometimento.

4.REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. I. M. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 11, núm. 4, pp. 66-75. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027972007.pdf>>. Acesso em: 13 de abril de 2022.

AGUIAR, L. R. S. *et al.* **Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva.** Revista Interdisciplinar.7(1), 204-215. 2014. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/An%C3%A1lise-de-estudos-sobre-as-condutas-de-enfermagem-Aguiar-Silva/51039c7371bf6933d8f23cf7195ec5643201afe8>>. Acesso em: 18 de junho de 2022.

BRASIL. **Gestação de alto risco.** Ministério da Saúde. Manual técnico, 5. ed. 2012.

CESÁRIO, J. M. S. *et al.* **Metodologia científica: Principais tipos de pesquisas e suas características.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 5(11). 23-33. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/tipos-de-pesquisas>>. Acesso em: 09 de abril de 2022.

FERREIRA *et al.* **Assistência de enfermagem na prevenção das complicações decorrentes da síndrome hipertensiva específica da gestação.** Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - ALAGOAS, 6(3), 95. 2021.

Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/8219>>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

FROTA, M. G. C. **A delimitação das unidades de análise em ciência da informação.**

Minas Gerais. S.d. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ci/a/mqn4V8NXdqzNN7PxhFHMRHf/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 18 de junho de 2022.

JÚNIOR, F. S. B. *et al.* **Perfil antropométrico de gestantes internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.** Jour. of Nurs. Health. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047301>>. Acesso em: 03 de abril de 2022.

KAHHALE, S; FRANCISCO, R. P. V; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista De Medicina**, 97(2), 226-234. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203>>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

LIMA J. P. *et al.* **Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional.** Rev.rene.,19(1): 3455. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37464/1/2018_art_jplima.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

NOUR, A. F. G. *at al.* **Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem.** ANARE, Sobral, V.14, n.01, p.121-128, jan./jun. 2015. Disponível em: <[Downloads/620-Texto%20do%20Artigo-1196-1395-10-20150624.pdf](#)>. Acesso em: 03 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, K. K. P. A. *et al.* **Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré eclâmpsia.** Rev. de Enf. UFPE online. Recife. 2016. Disponível em: <[10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201625](#)>. Acesso em: 19 de maio de 2022.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* **Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.** Revista Cuidarte. Bahia. 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2d1a/4553305cb8e27c63228876e111b998930f9b.pdf?_ga=2.173602595.1459910786.1655667189-1029676145.1655667189>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.** Brasília: OMS; 2013.

POZZA, L. V. *et al.* **Crise hipertensiva gestacional**. Acta méd. 5-5. 2016. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882968/31-crise-hipertensiva-gestacional.pdf>>. Acesso em: 07 de agosto de 2022.

QUEIROZ, M. R. **Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento", 2011-2012**. USP. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/T.6.2018.tde-23042018-140322>>. Acesso em: 4 de junho de 2022.

REZENDE, J; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: < <https://docero.com.br/doc/1cn551>>. Acesso em: 12 de agosto de 2022.

SANTOS, F. P. **Importância do pré-natal para prevenção da pré-eclampsia: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2011. Disponível em: < <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9D2HLA>>. Acesso em: 07 de maio de 2022.

SBARDELOTTO, T. *et al.* **Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais**. Cogitare enferm. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/articulo/view/53699/pdf>>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

SILVA, D. F. *et al.* **Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação**. Revista de Enfermagem da Faciplac, v. 2, n. 2. 2018.

VANELLI C. M. *et al.* **Síndrome HELLP: fisiopatologia acompanhamento laboratorial**. Rev. Saúde e Desenv. v.11, n.6, p.242-57. 2017. Disponível em: < <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/611>>. Acesso em: 16 de abril de 2022.