

## **A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO GESTACIONAL**

Adellâynne Gomes Ribeiro<sup>1</sup>  
Gleisson Rosa de Lima<sup>2</sup>  
Prof. Esp. Edna Aparecida Morais da Silva<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) é considerada no período da gestação uma das complicações que apresentam maior risco de morbidade e mortalidade para mãe e o bebê. Considerando os fatores de risco apresentado por essa doença, a realização desse estudo é de grande importância, considerando seu elevado índice no período decorrente da gestação. O presente estudo versa sobre a atuação da enfermagem na prevenção da hipertensão gestacional, já que, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, são os enfermeiros que realizam a 1ª consulta de pré-natal das gestantes, fazendo todas as orientações cabíveis e indispensáveis para que a gestante não seja surpreendida com uma hipertensão gestacional, por exemplo. Como resultados da revisão, foi dividida em níveis de complexidade a hipertensão gestacional em relação à saúde da mãe e do bebê, apoiado em um estudo bibliográfico com suporte em artigos, periódicos, documentos publicados pelo Ministério da Saúde e obras que tratam deste assunto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão gestacional. Enfermagem. Prevenção.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem pela Faculdade União de Goyazes

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem pela Faculdade União de Goyazes

<sup>3</sup> Professora Orientadora Edna Aparecida Motais da Silva

# **THE ROLE OF NURSING IN THE PREVENTION OF HYPERTENSION GESTATIONAL**

## **ABSTRACT**

The HDP (Specific Hypertensive Disease of Pregnancy) is considered the period of gestation of the complications that present the greatest risk of morbidity and mortality for mother and baby. Considering the risk factors presented by this disease, the present study is of great importance, considering its high rate in the period from pregnancy. The present study focuses on the role of nursing in the prevention of gestational hypertension, since the Unified Health System (SUS) in Brazil, are nurses who perform the 1st consultation prenatal pregnant women, doing all the guidelines applicable and indispensable when the woman is not surprised with gestational hypertension, for example. As a result of the review, it was divided into levels of complexity gestational hypertension in relation to the health of the mother and baby, supported on a bibliographic study supported in articles, journals, papers published by the Ministry of Health and works dealing with this subject.

**KEYWORDS:** Gestational Hypertension. Nursing. Preventio.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos grandes problemas enfrentados pela saúde pública, caracterizada como um fator agravante para as complicações de acidente vascular cerebral (AVC) e infarto do miocárdio (IM). É uma doença que na maioria das vezes é assintomática, se tornando um inimigo invisível que vai matando aos poucos sem ser notada. (BRASIL, 2006).

No período de gestação a gestante passa por transformações fisiológicas, psicológicas e hormonais que se iniciam desde a nidação passando pelo período gestacional até o fim da lactação. O profissional de saúde deve estar sempre atento e reconhecer tais mudanças para que se necessário possa avaliar algum processo patológico proporcionado pela gestação. (CABRAL, 2002).

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) pode ser caracterizada pelo aumento da pressão arterial em gestantes normotensas após a 20ª semana da gestação e tende a desaparecer em até seis semanas após parto. (BRASIL, 2000).

De acordo com Cabral (2002) a hipertensão na gestação não tem um fator que seja diretamente responsável pela sua manifestação durante a gravidez, devendo ser levado em consideração que o processo de surgimento engloba fatores como: situação financeira, doenças hereditárias e intercorrentes, raça, características físicas entre outras.

Estas condições podem ser favoráveis no surgimento de hipertensão essencial podendo recorrer em futuras gestações sempre que houver valores pressóricos acima do normal (>140/90 mmH). (BRASIL, 2000).

A hipertensão arterial é uma intercorrência que apresenta com maior incidência na gravidez, com um percentual de 7 % das gestações, com um índice de mortalidade materna variando de 15 a 20%. (ZIEGEL & CRANLEY, 2005)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), os quadros de hipertensão devem ser detectados o mais rápido possível para que não se constituam em risco materno e perinatal. Essas gestantes com quadro hipertensivo devem realizar um acompanhamento em locais que disponibilizam de estrutura adequada para que possa receber atendimento nesse pré-natal de alto risco, evitando assim que em associação à proteinúria evolua para pré-eclâmpsia.

Com a alta mortalidade trazida por esta intercorrência, tanto para a mãe quanto para o bebê, é que se optou por escolher este tema, abordando a importância da prevenção na realização do pré-natal, destacando o profissional de enfermagem que na Estratégia da Saúde da Família (ESF), tem contato direto com essas gestantes.

Esse artigo tem como objetivo principal mostrar o que é a hipertensão e quais as suas consequências quando essa é diagnosticada no período da gestação, podendo levar a complicações que podem afetar mãe e filho. Podemos destacar também o importante papel do enfermeiro que atua na prevenção da hipertensão durante o pré-natal da gestante, oferecendo todas as informações pertinentes ao momento que a gestante se encontra, e se caso manifestar hipertensão gestacional, destacando a importância do tratamento e minimizar fatores que predispõe essa hipertensão ou sua provável complicação.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um estudo exploratório, por meio de Revisão da Literatura com busca em livros e revistas relacionadas com o tema estudado, busca na base de dados Descritores em

Ciências da Saúde (DECS) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SCIELO – Scientific Electronic Library Online, LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CAPES (banco de teses e dissertação) em que foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Hipertensão gestacional. Enfermagem. Prevenção.

Foram escolhidas estas bases de dados pelo fato de que as mesmas são as mais usadas pelos profissionais da enfermagem, sendo amplamente conhecidas e pesquisadas no meio em questão.

Também foram feitas buscas através de fontes tais como documentos governamentais (Ministério da Saúde) e obras que tratam do tema proposto.

A seleção das publicações após a busca levou em conta os seguintes critérios de inclusão:

- a publicação no formato de artigo científico;
- ser publicação em português;
- ser referente ao período de 2000 a 2012;
- Obras publicadas com o tema proposto;
- Abordagem sobre a hipertensão gestacional no Brasil e a atuação da enfermagem durante o pré-natal.

De um total de 60 artigos que foram acessados na íntegra, 36 foram selecionados por meio dos períodos disponíveis nas bibliotecas locais ou de seus sítios na internet. Os textos referentes a obras publicadas foram coletados na biblioteca acadêmica e em arquivos pessoais. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A hipertensão arterial é uma doença crônica causada por altos níveis de pressão sanguínea nas artérias, exigindo do coração um esforço maior do que o normal para que o sangue consiga circular através dos vasos sanguíneos. (JARDIM, 2006)

É definida quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima 90 mmHg. A

pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139 mm Hg e diastólicos entre 85-89 mmHg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica < 130mm Hg e diastólica < 85mm Hg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar <120 mmHg e diastólica <80mmHg.<sup>1</sup>. (WESCHENFELDER; GUE, 2012).

A elevação nos valores da pressão arterial tem constituído um dos fatores de risco para o agravamento das doenças cardiovasculares. Essa doença vem se destacando pelos altos custos com médicos e medicamentos, além de ter como agravantes doenças cerebrais, cardíacas, vasculares e renais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

A hipertensão é responsável por cerca de 40% das mortes por AVE (Acidente Vascular Encefálico) e 25% das mortes por problemas coronarianos. (FREITAS, et. al., 2001).

Devido às inúmeras consequências ocasionadas pela hipertensão, já se pode inseri-la no grupo de cardiopatias que mais prejudicam o estilo de vida das pessoas diminuindo sua expectativa e qualidade de vida. (PASSOS et al., 2006)

Atualmente as doenças cardíacas representam no Brasil cerca de 33% dos óbitos decorrentes de causas conhecidas. Essas doenças ocuparam um ponto de destaque nas internações no serviço público entre os anos de 1996 e 1999, correspondendo ao um percentual de 17% de internações em pessoas entre 40 e 59 anos de idade. (LIMA e COSTA et al., 2000).

Grande parte dos problemas cardiovasculares se desenvolve em pessoas que sofrem leves alterações nos sintomas desencadeados por fatores de risco, que se não tratados adequadamente podem desenvolver uma doença grave que ainda não se manifestou. Os pacientes que buscaram tratamento precoce e fazem acompanhamento da hipertensão arterial obtêm resultados mais satisfatórios do que os demais, tendo uma redução considerável da morbimortalidade entre eles.

## **Hipertensão gestacional**

A gestação é um processo pelo qual a mulher passa por transformações fisiológicas, podendo ocorrer acontecimentos que dependendo da sua evolução pode colocar em risco a saúde da mãe e do bebê. Existem várias doenças que podem se manifestar durante o período gestacional, destacando entre elas a hipertensão, considerada hoje, a que mais prejudica mãe e filho. (CHAIM et al., 2008).

A hipertensão gestacional pode ter sua primeira detecção ao final da gestação quando essa não vem acompanhada de proteinúria, tendo seus valores normalizados após o parto. (VASCONCELLOS et al., 2002).

Manifesta-se após as 20 semanas de Idade Gestacional e sem proteinúria. Pode manifestar-se como uma PE (pré-eclampsia) sem o desenvolvimento de proteinúria, ou uma hipertensão transitória. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004)

As pacientes podem apresentar a forma leve que não necessariamente evolua para o tipo grave. Contudo, em alguns casos, a doença pode progredir para o estado grave, em dias ou até horas. Por isso, é muito importante o monitoramento da gestante como forma de prevenção a doença. (FREIRE; TEDOLDI, 2009)

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão em graus de complicações elevados somados a outros fatores desfavoráveis pode representar grande fator de risco que podem desencadear danos ao binômio materno-fetal. (BRASIL, 2006)

## **Tratamento**

O tratamento da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) pode ser efetivado com acompanhamento de pré-natal para que possa orientar essas gestantes sobre a importância de uma alimentação balanceada e saudável. (REZENDE, 2005).

Quando a paciente chega a evoluir para um quadro grave de DHEG, o tratamento deve ser iniciado com a internação com o objetivo de realizar a conduta e prevenção da convulsão. Deve ser providenciados exames de rotina no pré-natal como: proteinúria de 24hs, uricemia sérica, ureia e creatinina sérica, proteinograma, contagem de plaquetas, dosagem de fibrinogênio, exame de fundo de olho; Uso de medicamentos anti-hipertensivos como hidralazina (25-50 mg VO de 6/6 h), ou Alfametildopa (250-500 mg VO de 8/8 h) ou propranolol (20-40 mg VO de 8/8 h); Anticonvulsivantes como sulfato de magnésio heptaidratado (1ª dose de 20ml a 20% (4g) IV) (VIGGIANO, 2003).

Oliveira et al., (2002) cita que o tratamento nessa fase é ambulatorial devendo as consultas serem semanais. Segundo ao autor, essas pacientes devem ser bem avaliadas obtendo condutas diferentes para cada tipo de síndrome hipertensiva.

Segundo Ziegel e Cranley (2005), não há cura para doença hipertensiva específica da gravidez, uma vez que a única cura vem com o parto. Mas os autores relatam existir várias formas para que essas gestantes possam ser tratadas e consigam ter uma gestação mais tranquila podendo ter seu bebê sem medo de maiores complicações. Por tanto se deve levar em consideração o agravo em que se encontra a doença, os cuidados prestados pela equipe de saúde e os próprios cuidados tomados pela paciente devendo informar a equipe de saúde responsável qualquer alteração que possa surgir.

Melson et. al. (2002), completa que o tratamento dessa doença é de grande importância, uma vez que não tratada pode evoluir para uma eclampsia colocando em risco a vida da mãe e do bebê.

A prevenção de hipertensão gestacional é de fundamental importância (NOGUEIRA, et al, 2009). Nesse processo de tratamento a paciente deve ser monitorada constantemente devendo ser mantida em ambiente calmo e tranquilo, evitando o desgaste físico e emocional que pode levar essa gestante a um *stress* desencadeando outras complicações. A equipe de enfermagem tem realizado de maneira positiva os tratamentos dessas gestantes, levando em consideração que o enfermeiro lhe passa todas as informações cabíveis para o tratamento adequado. (LIMA et al., 2010).

Um dos principais fatores para um tratamento de qualidade é quando a mulher gestante faz corretamente essa prevenção e o pré-natal, sabendo essa reconhecer os sintomas e algumas alterações que necessite de avaliação

médica evitando assim que as complicações mais severas se manifestem. Também é de grande importância a interação entre equipe de saúde e paciente para que seja feito um trabalho de orientação e acompanhamento, tendo como ponto principal o controle dos valores pressóricos, diabetes e o controle alimentar para evitar o ganho excessivo de peso. (ZIEGEL & CRANLEY, 2005)

### **Hipertensão crônica**

A hipertensão arterial crônica é aquela já existente antes da gestação ou é identificada até a 20ª semana do período gestacional considerado quando os valores pressóricos ultrapassam 140 x 90 mmHg, não sendo um diagnóstico de fácil detecção nas mulheres hipertensas que não possuem diagnóstico prévio, devido a manifestação do descenso fisiológico que se manifesta nos primeiros cinco meses da gestação. (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Considera também hipertensão crônica (HC) quando é descoberta pela primeira vez no período gestacional não voltando aos seus valores normais após o parto. Os valores limítrofes de 140 x 90 mmHg que identificam uma pessoa com hipertensão ou não devem ser avaliados com mais atenção em pessoas com idade inferior a 18 anos nas quais os níveis pressóricos da hipertensão normalmente são menores. (KAHHALE S; ZUGAIB, 2006).

Essas pacientes necessitam de orientações para que evitem complicações. É preciso que haja repouso e que incorpore no seu dia-dia rotinas que vão lhe proporcionar um bem maior, como evitar esforços físicos, ganho de peso da mãe, evitar bebidas alcoólicas e tabagismo, além de realizar rotineiramente as consultas e os exames complementares para avaliar a saúde da mãe e do bebê, seguindo as indicações obstétricas para o parto com Internação obrigatória, avaliação de vitalidade fetal diária e rotina laboratorial a cada 72 horas. (VASCONCELLOS et al., 2002).

## **Pré-eclampsia**

A pressão arterial > 160/110 mmHg é reconhecida como pré-eclâmpsia (PE), em mulheres normotensas a partir da 20ª semana de gestação com destaque para mola hidatiforme que caracteriza com pré-eclampsia antes das 20 semanas. (KAHHALE; VASCONCELLOS, 2007).

Em relação PE os estudos clínicos podem se revelar tanto como um problema materno (hipertensão, proteinúria), fetal (CIUR), ou ambos. Nos países em desenvolvimento acomete entre 5 a 8% das gestações tendo como principal consequência à morte materna e perinatal. (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

É o tipo que apresenta pior prognóstico materno-fetal. Segundo Laurento et al., (2004) em bebês filhos de mães portadoras de PE ou PE sobreposta possuem maiores riscos de prematuridade, tendo a necessidade de amparo especializado como a UTI neonatal, por exemplo, considerando nesses casos que a mortalidade é bem maior quando comparados aos conceptos de mães normotensas. (LAURENTI et al., 2004)

Toledo (2007) em seus estudos relata que o risco de baixo peso e prematuridade em bebês nascidos em mães portadoras PE e PE sobreposta é maior do que os nascidos em mães portadoras de hipertensão gestacional. O aparecimento de doenças interligadas com a prematuridade ocasiona maior número de mortalidade perinatal em pacientes com PE e PE sobreposta comparando com mães com hipertensão gestacional e HAC (Hipertensão Arterial Crônica).

Segundo Vasconcellos et al. (2002), para completar o protocolo da pré-eclampsia leve é necessário acrescentar a internação obrigatória, monitorização laboratorial da mãe a cada 48 horas, corrigir a emergência hipertensiva, avaliação fetal diária e sulfato de magnésio para prevenção da eclampsia com os mesmos esquemas da pré-eclampsia.

A complicação da pré-eclampsia caracteriza-se como eclampsia, que é a forma convulsiva, podendo essa ser isolada ou na associação a uma hipertensão já existente. Dentre as complicações hipertensivas a eclampsia é considerada umas das mais graves, por apresentar graves evoluções que são diretamente interligadas à qualidade de vida de mãe e filho, levando esses a

morte se não cuidado corretamente. A forma mais utilizada na prevenção da eclampsia é o tratamento adequado durante a realização do pré-natal no sistema primário de saúde, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional. (GARCIA; GIANINI, 2010)

Segundo Peraçoli (2005), a eclampsia é o desenvolvimento de convulsões em gestantes hipertensas ou com diagnóstico de pré-eclampsia sem o histórico de problemas neurológicos anteriores. Essa manifestação pode ocorrer no período gestacional, durante o parto e no puerperio, tendo como sinais e sintomas alterações do SNC, visuais e gástricos. Sendo considerada a convulsão em gestantes como possível diagnóstico de eclampsia, devem ser realizados todos os cuidados necessários até que se prove o real motivo dessas convulsões.

Outro complicador segundo Katz (2008), é a síndrome *HELLP* que é uma sigla utilizada para caracterizar pacientes com pré-eclampsia que passam por processo de disfunções como hemólise, aumento considerável de enzimas hepáticas e também a diminuição das plaquetas. O autor também relata uma pré-disposição da síndrome em múltiparas cuja idade é mais avançada e que já passaram por outros problemas obstétricos.

Ainda segundo Katz (2008), não existe tratamento específico e que seja comprovado para a cura da síndrome *HELLP*, uma vez que a única forma definitiva é o parto. Levando em consideração que a fisiopatologia da doença ainda não é totalmente conhecida, pouco se foi feito com o intuito de se chegar a uma solução de resultados concretos. Pouco se fala no uso de medicamentos uma vez que ainda não se comprovou a eficácia dos mesmos no tratamento dessas pacientes.

A síndrome *HELLP* pode se desenvolver isoladamente em casos raros, mas na maioria dos casos se desenvolve em pacientes com diagnóstico de pré-eclampsia. Na sua sintomatologia cerca de 90% das pacientes apresentam mal estar, dor epigástrica chegando a 65% dos casos, além de cefaleia e náuseas acometendo 30% dessas gestantes. Outro relato importante segundo o autor é a dor relatada pelas pacientes quanto há palpação no hipocôndrio direito em 90% das gestantes. (ZACONETA, 2009)

### **Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica**

Este tipo de pré-eclâmpsia ocorre quando a mulher é hipertensa e, além disso, desenvolve pré-eclâmpsia durante o período de gestação. Neste tipo específico, as consequências para a mãe e o feto podem ser piores do que os outros tipos. (KAHHALE S; VASCONCELLOS, 2007)

A PE superposta à hipertensão crônica é diferenciada por ter a presença de proteinúria em mulher que tem HC, ou um acréscimo suplementar da proteinúria em quem já tinha aumento prévio, ou mesmo um acréscimo súbito da PA em quem tinha níveis elevados previamente. (FREIRE; TEDOLDI, 2009)

Os cuidados nesses casos de hipertensão são os mesmos aplicados no da pré-eclâmpsia leve, evitando para que não ocorram os picos hipertensivos. Estas pacientes necessitam ser tratadas da maneira daquelas que apresentam pré-eclâmpsia grave. (VASCONCELLOS, et al. 2002)

### **Assistência de enfermagem na prevenção de hipertensão gestacional**

Segundo Rezende (2005), a assistência no pré-natal acarreta resultados otimizados por se aplicar essencialmente às grávidas de melhores condições socioeconômicas. O mesmo autor afirma ainda que historicamente à assistência pré-natal foi criada com o intuito de detectar e de evitar a morbidade e a mortalidade materna e neonatal, causada pela pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Com o passar do tempo, sua finalidade ampliou-se, visando assegurar o bem-estar da mãe e de seu filho e o epílogo saudável da gestação.

Diante da gestante com hipertensão arterial o enfermeiro deve realizar um trabalho articulado com o médico, no qual se deve dar prioridade ao atendimento, à solicitação de exames com urgência e, de imediato, o controle da pressão arterial. (LIMA et al., 2010)

O ministério da saúde (Brasil, 2006) orienta que a educação em saúde é o primeiro passo, sendo importante a tentativa de ampliar e instigar o processo de mudanças de hábitos e modificação no modo de viver. Entretanto, isso não

é tarefa fácil em face de distintos fatores que interferem no desempenho causando mudanças necessárias para o controle desta doença.

A concretização de ações educativas no transcorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. (RIOS; VIEIRA, 2007)

A enfermagem comprova a relevância do acompanhamento pré-natal como aspecto determinante na prevenção das complicações da pré-eclampsia, no qual a participação do enfermeiro interagindo com a paciente, pode modificar a realidade de morbimortalidade materna causadas pela eclampsia através da atenção da saúde. (COSTA, 2005).

Deve ser ressaltado que o papel do enfermeiro frente à prevenção da doença hipertensiva específica da gestação, que deve ser realizado através da conscientização da gestante para que ela procure seguir todas as orientações do médico e do enfermeiro. (BUSATO, 2002).

Os profissionais que trabalham diretamente no período gestacional da mulher devem avaliar não somente o estado patológico que ela está passando, mas também à vivência cultural, anseios e perspectivas para que a equipe de saúde realize um trabalho que atenda as necessidades da gestante e de sua família, promovendo ações que sejam eficazes e que resultem em um processo de mais qualidade para que essa família tenha tranquilidade e segurança para esperar o nascimento do seu bebê. (CRUZ, 2012).

Na consulta de enfermagem o enfermeiro, ao avaliar uma paciente com doença hipertensiva, deve tomar algumas precauções para que o quadro não evolua. Deve-se orientar essa paciente para que permaneça em decúbito lateral esquerdo o maior tempo possível com dieta rica em proteína e redução de sódio, avaliando o desenvolvimento fetal, deixando sua equipe sempre em alerta para possíveis emergências. (BUSATO, 2002).

Segundo shoji e Forjas (2000), um dos objetivos principais do tratamento e conscientização por parte da paciente da maneira em que ela viva seu dia a dia proporcionando mudanças no estilo de vida para que diminuam à intensidade dos fatores de risco, com o intuito de que o tratamento não

medicamentoso surja efeito e consiga manter os níveis pressóricos dessa paciente o mais próximo da normalidade.

Segundo Cruz (2012), quando o enfermeiro recebe uma paciente com doença hipertensiva para hospitalização ele deve manter os níveis pressóricos sempre monitorados a cada hora se possível, observar a evolução de proteinúria com amostra diária, monitorar o aparecimento de edema, avaliar intoxicação por magnésio e manter a paciente ciente sobre o que a hipertensão na gravidez.

De um modo geral, nem sempre vai ser possível por parte da enfermagem, trabalhar a prevenção com as pacientes gestantes com doenças hipertensivas, nos casos dos pré-natais que são iniciados tardiamente ou quando estes não são realizados. Desse modo, o enfermeiro deve prevenir as possíveis crises convulsivas que podem acontecer, avaliando juntamente com o médico da unidade a necessidade do uso de anticonvulsivantes que também pode ser benéfico para o feto. Daí a importância da equipe de enfermagem que sempre deve estar atenta a qualquer tipo de alteração mantendo sempre os profissionais de alerta para possíveis alterações. (CORREIA, 2002).

O enfermeiro no seu papel de cuidador e assistencialista, ao receber uma paciente com a confirmação de gravidez devem mantê-la informada quanto à importância da gestação e os cuidados que ela deve ter com o aparecimento de sintomas anormais que podem ser indícios do aparecimento de DHEG ou de outras patologias. Essa paciente deve ser informada das necessidades da realização do pré-natal e as vantagens e benefícios que esse pode lhes trazer. (CRUZ, 2012).

Do total de 60 artigos que tratam do tema em estudo, 36 foram selecionados para a construção do mesmo. No tocante a hipertensão arterial quanto à etiologia, causas, sintomas e tratamento, os autores comungam entre si. Em relação à importância da doença as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004) e o Ministério da Saúde (2006) afirmam que esta doença tem se configurado como uma das que mais apresentam custos médicos e socioeconômicos se comparada a outras doenças.

Em relação à Doença Hipertensiva Específica da gravidez (DHEG) é do consenso de Chaim et. al. (2008), Freire e Tedoldi (2009) e Laurenti et. al (2004) que as síndromes hipertensivas se dividem em quatro grupo e mesmo

que um seja de menor risco que o outro, todos devem ser prevenidos e tratados.

Os artigos de Oliveira et. al. (2006) e de Vasconcellos et. al. (2002) apresentam cuidados semelhantes para cada tipo de síndrome hipertensiva na gestação, sendo que em todas elas a gestante deve fazer: repouso compulsório com restrição de exercícios físicos exagerados; evitar ganho excessivo de peso materno; evitar álcool e tabagismo; fazer consultas quinzenais com avaliação laboratorial, rastrear crescimento fetal restrito por meio de ultrassonografia, fazer o diagnóstico do bem-estar fetal e acompanhar volume do líquido amniótico por meio de dopplervelocimetria.

Dentre os autores consultados todos concordam com a prevenção e autocuidado. Quanto a este acompanhamento, os artigos de Cruz (2012) e o texto do Ministério da Saúde (2006), enfatizam que quanto mais a gestante tiver consciência desta importância menor será a possibilidade de apresentar DHEG.

Em relação às contribuições que o enfermeiro poderá oferecer na prevenção da hipertensão arterial no período de gestação, os estudos de Lima et. al. (2010), Rios e Vieira (2007), Viggiano (2003), Costa (2005) Busato (2002), Correia (2002) e Cruz (2012) comungam entre si, afirmando que este profissional, juntamente ao médico poderá realizar um trabalho educativo e preventivo na orientação às gestantes e no acompanhamento do pré-natal. Além disso, deve manter-se atento às alterações e comunicar sempre o médico a fim de que juntos possam desenvolver um trabalho que ofereça maior qualidade de vida tanto à mãe quanto ao bebê, evitando-se que surjam complicações decorrentes da hipertensão nesse período.

## **CONCLUSÃO**

Essa pesquisa foi realizada com o intuito de destacar o atendimento adequado as gestantes hipertensas, evidenciando as estratégias que são utilizadas para a promoção da saúde dessas pacientes, apontando a

importância do primeiro contato do enfermeiro com essa paciente dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que na maioria das vezes é o enfermeiro quem faz a primeira consulta de pré-natal e o acompanhamento dessas gestantes até o final da gestação quando é consumado o parto.

Dentro do contexto apresentado, destaca-se o grau de complexidade da hipertensão na gestação, evidenciando-se o papel do enfermeiro que atua com essas gestantes na realização de um trabalho preventivo a fim de evitar alterações anormais que possa não ser decorrente da gestação. Se manifestada qualquer alteração, a atuação do profissional enfermeiro em um trabalho de conscientização, informando a paciente o que é a doença, quais as consequências e complicações que ela pode ocasionar para mãe e o bebê e informar a essa gestante a forma de tratamento e a importância de se seguir corretamente as orientações para obter um resultado eficaz.

No tocante a prevenção, ressaltou o importante papel do enfermeiro na orientação segura durante a gestação. Este trabalho consiste no acompanhamento pré-natal a fim de prevenir complicações da DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), por meio da interação com a paciente, podendo assim mudar a realidade de morbimortalidade materna causadas pela hipertensão arterial por meio através da atenção na estratégia da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério.** Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – CADERNO Nº 5BRASÍLIA – DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco.** Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BUSATO, Otto. **Hipertensão arterial? prevenção e tratamento.** 2002. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?246>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

CABRAL, A. C. V. **Aspectos emocionais da gestante.** In Obstetrícia. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter. Cap.2. p. 13-21. 2002.

CHAIM, Solange Regina Perfetto; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos; KIMURA, Amélia Fumiko. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento.** *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):53-8.

CORREIA, Mário Dias. **Noções práticas de obstetrícia.** 12ª Edição. São Paulo: Editora MEDI, 2002.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. **Atendimento a gestantes no sistema único de saúde.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf>> acesso em: 20 Ab. 2013.

CRUZ, Samanta Cristina Campaner. **Papel dos enfermeiros frente às gestantes na doença hipertensiva específica da gravidez.** (2012) Disponível em: <[http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25940:papel-dos-enfermeiros-frente-as-gestantes-na-doenca-hipertensiva-especifica&catid=280:285&Itemid=21](http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25940:papel-dos-enfermeiros-frente-as-gestantes-na-doenca-hipertensiva-especifica&catid=280:285&Itemid=21)>. Acesso em: 15 Dez.2012.

FREIRE, Cláudia Maria Vilas; TEDOLDI, Citânia Lúcia. **Hipertensão arterial na gestação.** *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2009, v.93, n.6, suppl.1.

FREITAS OC, RESENDE CF, MARQUES NJ et al. **Prevalência de hipertensão sistêmica na população urbana da cidade de Catanduva.** *Brazil. Arq Bras Cardiol*, 2001.

GARCIA, José Luiz Vieira; GIANINI, Reinaldo José. **Mortalidade Materna por eclampsia.** *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.* V.10 Nº 2 Recife. Abr-Jun. 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000200008&script=sci-asttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000200008&script=sci-asttext)>. acesso em 01 de Jun. 2013.

JARDIM, P.C.B.V; GONDIM, M.R.P; MONEGO, E.T. et al. **Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira.** *Arq Bras Cardiol*, v.88, n. 4, p. 452-457, 2006.

KAHHALE S, VASCONCELLOS MJA. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia **Hipertensão na Gravidez - Manual de Orientação.** 2007.

KAHHALE S, ZUGAIB M. **Síndromes hipertensivas na gravidez.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

KATZ, Leila; AMORIM, Melania Maria Ramos de; MIRANDA, Giselly Veríssimo, SILVA, João Luiz Pinto e. **Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia**

**intensiva obstétrica.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V. 30 nº2 Rio de Janeiro Fev.2008. Disponível em < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&picl=s0100-720320080002000006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&picl=s0100-720320080002000006)>. acesso em: 26 de Mai. 2013.

LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras.** Rev Bras Epidemiol. 2004.

Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira:** um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000.

LIMA, Érica Mayara Alves de; PAIVA, Luciana Ferreira; AMORIM, Rosely Kalil de Freitas Castro Carrari de. **Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (2010)** Disponível em: < [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02\\_abr-jun/V28\\_n2\\_2010\\_p151-154.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p151-154.pdf)>. Acesso em: 02 Jan.2013.

MELSON, Katryna A. et al. **Enfermagem materno-infantil? Planos e cuidados.** 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Ruch e Afonso, 2002.

NOGUEIRA, Isis Dayane Sales; et al. **Assistência de enfermagem direcionada para gestante com pré-eclampsia (2009)** Disponível em: < <http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF16.10.pdf>>. Acesso em: 02 Jan.2013.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2006, v.6, n.1, pp. 93-98. ISSN 1519-3829.

OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Odaléa; SANTOS, Maria Bruggemann. **Enfermagem obstétrica e neonatológica.** Florianópolis: UFSC, CCS, 2002, v. 2.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa** de prevalência a partir de estudos de base populacional. Serv. Saúde [online]. 2006, v.15, n.1, pp. 35-45.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Ângela. **Síndromes hipertensivas da gestação:** Identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia.** V. 27 nº 10 Rio de Janeiro. Out. 2005. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0100-72032005001000010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0100-72032005001000010) >. acesso em: 26 Mai. 2013.

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia.** 10º Ed. Editora Guanabara Koongan. Rio de Janeiro, 2005.

RIOS CTF, VIEIRA NFC. **Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a conduta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. [periódico na Internet]. 2007 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=s1413-812300](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1413-812300)>. Acesso em: 05 Jan.2013.

SHOJI, V. M.; FORJAZ, C. L. M.- **Treinamento físico na Hipertensão Arterial**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. 2004; 82.

TOLEDO, Melina Mafra. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial:** uma nova ótica para um velho problema. **Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial**. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

VASCONCELLOS MJA, ALMEIDA MVL, KAHHALE S, PERAÇOLI JC, SASS N, RAMOS JG. **Hipertensão na gravidez**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

VIGGIANO, Maurício Guilherme Campos. **Condutas em Obstetrícia**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2003.

WESCHENFELDER Magrini; GUE Martini. **Hipertensão arterial:** principais fatores de risco modificáveis na Estratégia de Saúde da Família. *Enferm. glob*. [online]. 2012, v.11, n.26.

ZACONETA, Alberto. **Síndrome HELLP**. Hospital Santa Lúcia 2009. Disponível em <<http://www.paulomargotto.com.br/sindr.doc>>. acesso em: 25 de Mai. 2013.

ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Micca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª Edição. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2005.