



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

FÁBIO ALEXANDRE AZEVEDO DIAS

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS E OS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**

**NATAL
2013**

FÁBIO ALEXANDRE AZEVEDO DIAS

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS E OS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, como requisito final para conclusão da disciplina de trabalho de conclusão de curso II.
Orientadora: Professora Msc. Cléa Maria da Costa Moreno.

**NATAL
2013**

RESUMO

O presente artigo aborda as síndromes hipertensivas gestacionais e os cuidados de enfermagem frente à doença. O artigo explora as características fisiopatológicas das síndromes hipertensivas, as condições de morbidade e mortalidade associados a hipertensão na gravidez, aborda sua etiologia, cita o grupo de gestantes com maior probabilidade de desenvolver hipertensão na gravidez, cita as mudanças anatômicas e funcionais dos sistemas das gestantes com pré-eclampsia e eclampsia, aborda também como é estabelecido o diagnóstico da síndrome hipertensiva da gestação e a conduta de enfermagem no acompanhamento destes casos atentando o profissional enfermeiro a correta orientação de técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e gestantes a busca ativa de casos com síndromes hipertensivas para a realização do pré-natal de alto risco e para a tomada de ações atempadas reforçando o caráter preventivo e minucioso neste tipo de atenção pois a eclampsia possui uma alta taxa de morbidade e mortalidade para o binômio materno-fetal no momento do parto ou em sua abreviação, é importante para equipe de saúde que no momento do parto já tenha conhecimento prévio da situação da gestante para realização da terapêutica necessária estabelecendo uma maior margem de segurança. Este campo é um importante desafio para o serviço de saúde prestado a população na área obstétrica.

Palavras Chaves: Hipertensão na Gestação. Pré-eclampsia. Pré-natal.

ABSTRACT

This article discusses hypertensive syndromes in pregnancy and nursing care across the illness. The article explores the pathophysiological characteristics of the hypertensive disorders, conditions of morbidity and mortality associated with hypertension in pregnancy, discusses the etiology, cites the group of pregnant women most likely to develop hypertension in pregnancy, cites the anatomical and functional changes of systems of pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia, also discusses how the diagnosis of hypertensive disorder of pregnancy and nursing conduct follow up these cases is paying attention the nurse set the correct orientation of nursing technicians, community health workers and pregnant women through active case finding with hypertensive disorders for performing prenatal high risk and for taking timely actions strengthening the preventive and detailed character this kind of attention because eclampsia has a high rate of morbidity and mortality for the mother and neonate at the time of childbirth or its abbreviation, is important for the healthcare team at delivery have previous knowledge of the situation of the pregnant woman to perform the necessary treatment by establishing a greater margin of safety. This field is a major challenge for the health services provided to population in obstetrics .

Keywords: Hypertension in Pregnancy. Preeclampsia. Prenatal .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MATERIAL E MÉTODO	7
3 RESULTADOS	8
3.1 Gestação	8
3.2 Hipertensão Gestacional	8
3.3 Toxemia	10
3.4 Pré-Eclampsia	10
3.5 Eclampsia.....	11
3.6 Síndrome de Hellp.....	13
3.7 Hipertensão Crônica na Gestação	14
3.8 O papel do enfermeiro na assistência gestacional	15
3.8.1 A Assistência no Pré-natal	17
3.8.2 O Enfermeiro no Acolhimento e Intercorrências na Assistência Gestacional	17
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	20
REFERENCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO:

Hipertensão arterial, infecção e hemorragia não estão mais entre as principais causas de morte materna nos países desenvolvidos, porém continuam em destaque nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente (PASTORE;VINADÉ,2007).

Presente em 5 a 10 % das gestantes, a hipertensão arterial é a mais comum das doenças, sendo responsável pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e peri-natal, principalmente nos grandes centros urbanos do Brasil. É a principal causa de mortalidade materna, chegando a 35% dos óbitos decorrentes de eclampsia, hemorragia cerebral, edema agudo dos pulmões, insuficiência renal e coagulopatias (FUSTINONI, 2006).

De acordo com Brasil (2000), a hipertensão arterial na gravidez, é considerada como fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem levar a prejuízos irreversíveis ao binômio materno-fetal. Quanto mais precoce e eficiente for o diagnóstico e iniciando o tratamento adequado melhor será o prognóstico maternos e perinatais. No período gestacional o controle dos níveis pressóricos tem como objetivo proteger a mãe de hemorragia cerebral e das complicações da hipertensão arterial; com isso minimiza a possibilidade de prematuridade, além de evitar a hipóxia (FUSTINONI, 2006).

O atendimento obstétrico tem como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a gestante, garantindo seus direitos. O enfermeiro deve considerar a gestante com sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2005).

Devido a gravidade da síndromes hipertensivas gestacionais isto exige dos profissionais da área da saúde uma melhor preparação e ações preventivas, levando para o campo prático/teórico uma assistência para o binômio materno-fetal voltado para a importância da prevenção. Sendo assim, a enfermagem tem como objetivo promover reflexões das gestantes sobre o risco da hipertensão gestacional.

As doenças hipertensivas gestacionais que complicam de 5 a 8 por cento das gestações contribuem tanto para a morbimortalidade materna quanto fetal. Uma importante distinção deve ser feita entre a síndrome, pré eclampsia/eclampsia,

reconhecida quando há elevação da pressão arterial pela primeira vez durante a gravidez e a hipertensão pré existente (crônica). As duas situações embora ambas caracterizadas por hipertensão são fisiopatologicamente distintas e tem diferentes implicações agudas e a longo prazo para mãe e para o feto. Pré eclampsia ocorre mais frequentemente e é mais grave em mulheres com hipertensão crônica do que em mulheres normotensas antes da gravidez. Complicações fetais incluem crescimento fetais restrito, prematuridade e mortalidade fetal e neo natal (PASCOAL, 2002).

O objetivo do estudo é identificar uma estratégia que aborde os cuidados de enfermagem referentes às síndromes hipertensivas específicas da gestação e provocar a reflexão da atuação do enfermeiro dentro da equipe de saúde, na assistência prestada às gestantes de alto risco.

Abordar as principais síndromes hipertensivas gestacionais, sua etiologia, recrutar referencial teórico a respeito dos grupos de gestantes com maior predisposição a desenvolver as síndromes no período gestacional para facilitar a compreensão dos mecanismos que desencadeiam e agravam a hipertensão na gravidez.

2 MATERIAL E MÉTODO

O presente artigo faz um levantamento teórico das síndromes hipertensivas no período gestacional tendo como base literaturas atualizadas e fidedignas. O objetivo do trabalho é alertar aos enfermeiros sobre a importância de um pré-natal minucioso, para prevenir síndromes hipertensivas, e até mesmo para um diagnóstico precoce, podendo assim fazer um tratamento adequado, evitando consequências mais graves para o binômio materno-fetal.

Handen et al (2008), entende que a pesquisa de natureza exploratória trata-se de uma pesquisa que proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torná-la mais explicativo mais explícito. Seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos pode assumir a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

A presente pesquisa teve como base artigos e livros de autores, a partir da conceituação destes na qualidade de atualizados e bem conceituados, tratando-se de autores fundamentais para o estudo da enfermagem. Os artigos foram selecionados através de uma busca na internet, buscando-se artigos atualizados entre os anos de 2005 e 2012, ainda, foi utilizada como palavras chaves de busca, "cuidados de enfermagem na hipertensão gestacional", "hipertensão gestacional", "pré-eclampsia", "eclampsia", "síndrome de HELLP", com o intuito de refinar e aperfeiçoar a pesquisa.

Para o desenvolvimento deste, utiliza-se a pesquisa bibliográfica como ferramenta capaz de sanar todos objetivos almejados, assim, de acordo com Viera e Hossne (2001) revisão bibliográfica deve ser compreendida como uma ferramenta própria da pesquisa bibliográfica, em que são apresentadas na forma de artigos longos, e traz um resumo da literatura, especialidade sobre um determinado assunto.

De acordo com Boaventura (2004), a revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar ideias novas e úteis. Assim, a revisão de literatura é fundamental para o alcance dos objetivos delineados anteriormente, trata-se, portanto, de ferramenta indispensável para a pesquisa bibliográfica.

3 RESULTADOS

3.1 GESTAÇÃO

O período gestacional habitual está adjunto a mudanças fisiológicas e anatômicas que acarretam acentuadas transformações no corpo materno. Possivelmente, em nenhuma outra fase do ciclo vital exista maior mudança no funcionamento e forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo. Muitas dessas mudanças têm o princípio desde o período da ovulação e decorrer por todo período gestacional até o término da lactação. O conhecimento de tais mudanças é necessário para uma adequada avaliação do "processo-doença" induzido pela gestação (PASTORE; VINADÉ, 2007).

A gestação é um período de profundas modificações no corpo feminino, envolvendo todos os sistemas, que se alteram fisiologicamente à nova condição. As modificações tem seu início na primeira semana e se prolonga até o final da gravidez, quando, após o parto, inicia o processo de regressão, ou seja, retorna às condições anteriores. O processo de regressão tem uma duração aproximadamente 6 semanas, exceto no que diz respeito à amamentação, que só voltam após o período amamentação. As modificações emocionais e psicológicas da mulher durante a gravidez são intensas e podem variar conforme alguns fatores: planejamento anterior da gravidez, relações familiares, quantidade de filhos, entre outros (FRANZA et al, 2008).

Acredita-se que as alterações fisiológicas são deflagrada por hormônios da unidade feto placentária. As modificações maternas ocorrem conforme o desenvolvimento fetal. (FRANZA et al , 2008).

3.2 HIPERTENSÃO GESTACIONAL

O termo hipertensão gestacional é caracterizado pelo aparecimento de hipertensão em consequência da gravidez e que acontece após a vigésima semana gestacional, e após a sexta semana pós parto os níveis pressóricos voltam ao normal (FUSTINONI, 2006).

A gravidez pode ser complicada por 4 formas distintas de hipertensão: 1) pré eclampsia, eclampsia (doença hipertensiva específica da gravidez), 2) hipertensão crônica de qualquer etiologia; 3) pré eclampsia sobreposta a hipertensão crônica ou nefropatia e 4) hipertensão gestacional. Avanços no conhecimento da fisiopatologia da hipertensão arterial tem proporcionado também uma melhor compreensão dos mecanismos que desencadeiam e agravam a hipertensão na gravidez, particularmente pré eclampsia, embora ainda se desconheça sua etiologia. Esta melhor interpretação fisiopatogênica tem permitido bases terapêuticas mais eficazes. O diagnóstico precoce e o correto manuseio clínico destas pacientes evitará em grande medida o aparecimento de formas clínicas mais graves. (Pascoal, 2002).

As doenças hipertensivas afetam o desenvolvimento da gestação, aumentando os índices de abortamento e de mortalidade perinatal devido ao inadequado desenvolvimento intra-uterino do concepto. O aumento da pressão arterial em gestante é sinal de alerta para complicações de binômio materno-fetal, podendo colocar em risco a vida de ambos, (ABREU, 2005). É uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular) (SBH,2006).

Segundo Fustinoni (2006), a hipertensão arterial na gestação é determinada quando a pressão arterial sistólica/diastólica iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg, ou então, com elevação de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15 mmHg na diastólica, em relação ao menor valor registrado no segundo trimestre da gestação. Acrescenta, afirmando que a hipertensão é consequência da gravidez, comumente aparecendo após a vigésima semana gestacional, e desaparecendo próximo a sexta semana pós-parto.

Conforme Montenegro e Rezende Filho (2008), a toxemia gravídica são responsáveis por 70% das desordens hipertensivas na gestação, enquanto que a hipertensão crônica é responsável por 30% dos casos. Com base neste índice, classificaremos neste presente trabalho as síndromes hipertensivas na gestação em dois grupos: Toxemia (Pré-Eclampsia, Eclampsia, Síndrome de HELLP); Hipertensão Crônica.

A etiologia da doença hipertensiva específica da gestação está relacionada a fatores extrínsecos: raça, idade, nível sócio econômico, obesidade, hipertensão arterial, principalmente nas nefropatas. Também fatores intrínsecos ou obstétricos:

primiparidade, gestações com maior massa placentária, sobredistensão uterina e gravidez ectópica avançada. O aprimoramento técnico e científico do enfermeiro, adquirido de forma reflexiva, muito pode contribuir no acompanhamento dessas gestantes dentro de uma equipe multidisciplinar e,conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno quanto fetal, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Peixoto, 2005).

3.3 TOXEMIA

A toxemia na gravidez é uma doença que atinge múltiplos sistemas da gestante, ocorrendo na maioria das vezes no ultimo período da gestação, tendo como manifestações clínicas o edema, hipertensão e proteinúria (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2009). Toxemia é a hipertensão induzida pela gravidez; ocorre na última metade da gestação e se caracteriza por hipertensão, edema e proteinúria (presença de proteína na urina). A etiologia ainda permanece desconhecida, porém, existe um grupo de risco como: idade da mãe (precoces ou avançada), nuliparidade, gestações múltiplas, diabetes e hipertensão, (FRANZA et al, 2008).

O episódio toxêmico pode ser prevenido com um acompanhamento minucioso no pré-natal, assiduidade nas consultas, reconhecimento e tratamento dos sinais precoces de doença por parte dos profissionais de saúde (FRANZA et al, 2008).

3.4 PRÉ-ECLÂMPSIA

É conhecida também como doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) ou moléstia hipertensiva da gravidez (MHEG). É o desenvolvimento de hipertensão arterial com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Ocorre após a vigésima semana de gravidez. A pré-eclâmpsia está relacionada também ao aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de vinte semanas, podendo haver ou não edema. Antes desse período, pode surgir acompanhando a doença trofoblástica gestacional. Acredita-se que o edema é

um achado tão comum em gestantes que sua presença ou ausência não deve impedir o diagnóstico de pré-eclâmpsia (FUSTINONI, 2006).

Cerca de 4% das gestantes apresentam um aumento rápido da pressão arterial, juntamente com grande perda de proteína pela urina, normalmente nos últimos quatro meses da gestação, a pré-eclâmpsia se caracteriza pela retenção de água e sal pelos rins, ganho de peso e desenvolvimento de edema. Contudo, ocorre espasmo arterial em muitas partes do corpo da mãe, mais significativamente nos rins, no cérebro e no fígado. Os efeitos renais são causados, ao menos em parte, por tufo glomerulares espessados, contendo um depósito proteico nas membranas basais (GUYTON & HALL, 2008). Podemos classificar a pré-eclâmpsia em dois grupos de acordo com sua manifestação clínica, pré-eclâmpsia leve e pré-eclâmpsia grave.

Via de regra, na pré-eclâmpsia a pressão arterial não supera os valores de 180 X 110 mmHg. Caso ultrapasse estes valores, deve-se suspeitar de prévia hipertensão, agravada ou não por processo toxêmico (NEME, 2005).

Peixoto, Martinez e Valle (2008), elaboraram um plano de cuidado que deve ser adotado pelo enfermeiro perante a gestante com pré-eclâmpsia. O enfermeiro deve fornecer um cartão gestacional atualizado, orientar a gestante quanto aos sinais vitais dando uma ênfase a aferição da pressão arterial; Realizar visitas domiciliares, reforçando o vínculo estabelecido entre a gestante e a Unidade Básica de Saúde, sendo de caráter integral e abrangente sobre a gestante, família e o contexto social; orientar e acompanhar quanto à dieta hipossódica e hipoprotéica; sugerir repouso e encaminhar a gestante para a consulta de pré-natal de alto risco, em casos de aumento da PA (acima 140/90 mmHg) ou edema; orientar quanto ao ganho exagerado de peso. A equipe deverá atentar quanto à retenção de líquido por parte dessa gestante. A transição de pré-eclâmpsia grave para eclâmpsia pode ser muito rápida. É preciso valorizar as alterações e queixas da cliente (FRANZA et al , 2008).

3.5 ECLAMPSIA

Eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional

ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas. Pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto e no puerpério imediato. É comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente (distúrbios do sistema nervoso central, visuais e gástricos) (PERAÇOLI, PARPINELI, 2005).

A eclampsia é considerada uma das mais graves complicações dentro da obstetrícia. A mortalidade materna está em torno de 10% e a perinatal, em torno de 25%. Pode ocorrer na gestação, no parto ou no puerpério imediato (FRANZA et al, 2008).

Guyton e Hall (2008), afirmam que a eclampsia é bem mais grave que a pré-eclampsia, devido a sua extrema espasticidade vascular em todo o corpo, convulsões clônicas seguidas de coma, grande diminuição do débito renal, mau funcionamento do fígado, frequentemente hipertensão extrema e um estado tóxico generalizado do corpo. Normalmente acontece momentos antes do parto. Sem tratamento, uma porcentagem muito alta das eclâmpicas vem falecer. Convulsiva de propriedade tônico-clônica que pode surgir em gestantes ou puerperas, sucedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclâmpsia: cefaléia, diplopia, dor em hipocôndrio direito, agitação psicomotora e hiper-reflexia. Portanto, é uma complicação que pode ser evitada. Acomete o último trimestre e/ou puerpério imediato, com raros eventos nos dois primeiros trimestres e no puerpério. As convulsões iniciam-se em volta da boca com contrações faciais que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, seguida de breve parada respiratória. Em média, após vinte segundos, iniciam-se oscilação da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O caso dura um minuto e regride fluentemente. A repetição dessas convulsões pode levar ao coma e à morte (FUSTINONI, 2006).

Além dos sintomas da pré-eclampsia a eclampsia é caracterizada por pressão arterial maior ou igual a 180/110 mmHg, edema não acentuado que deforma a face da gestante, oligúria e convulsões que caracterizam esse quadro e podem apresentar-se antes do parto, durante ou nas 24 horas posteriores (FRANZA et al, 2008).

Os sintomas observados na eclampsia ajuntam-se convulsão seguida de coma. A crise convulsiva ocorre em 50 % dos casos no período gestacional, 25% durante o parto e os outros 25% pós-parto, sendo que as ocorrências após 72 horas

do parto classifica-se em eclampsia tardia (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2009).

Santos (2008), ressalta que na assistência de enfermagem a uma gestante com crise de eclampsia cabe ao enfermeiro, estimular o repouso e orientar à paciente quanto a necessidade de; aferir a pressão arterial rigorosamente de hora em hora ou a cada duas horas e anotar em gráfico; orientar a gestantes sobre as condutas tomadas; aferir os batimentos cardíacos; administrar medicamentos conforme prescrição médica; manter a gestante em cama de grades; caso seja prescrito sulfato de magnésio, a administração deve ser IM profunda ou EV. A respiração deve estar acima de 12 mrpm e o volume urinário deve ser aproximadamente 30ml/hora. O sulfato de magnésio age como anticonvulsivante, pois diminui a irritabilidade do SNG e a pressão sanguínea por vasodilatação; se ocorrer crise convulsiva, lateralizar a cabeça, impedindo a aspiração. Não utilizar cânula de Guedell, pois pode estimular mais ainda o vômito.

A eclâmpsia pode ser evitada com assistência obstétrica adequada e resolução sensata da gestação, uma vez que é uma doença predominante na população de baixo nível socioeconômico e em países em desenvolvimento, variando a mortalidade materna com a qualidade do acesso aos cuidados de saúde (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

3.6 SÍNDROME DE HELLP

A síndrome de HELLP é o resultado do agravamento da pré-eclampsia, exibindo sinais deletérios adicionais, como hemólise, elevação das enzimas hepáticas, plaquetopenias (ZIEGEL, CRANLEY. 1999).

De acordo com Fustinoni (2006), o termo síndrome Hellp foi criado por Louis Weinstein em 1982 para caracterizar pacientes com pré-eclâmpsia, que também apresentavam alterações de hemólise (H - Hemolysis), elevação de enzimas hepáticas (EL - Elevated Liver functions tests] e plaquetopenia grave (LP - Low Platelets count). As alterações observadas nas pacientes são graves principalmente quando associadas.

Assim, o diagnóstico de síndrome de Hellp verdadeira é feito quando a paciente apresenta pré-eclâmpsia associada com: icterícia e/ou aumento nas

bilirrubinas séricas maior ou igual a 1,2 mg% associados com aumento de HDL; Transaminases hepáticas séricas maiores que 70 UI/L; A presença de certas enzimas no sangue sinaliza o depósito de substâncias que obstruem as veias sangüíneas do fígado. Quando testes de laboratório fornecem um valor elevado para essas enzimas, provavelmente as obstruções são grandes o bastante para distender o fígado, o que pode comprometer seriamente o seu funcionamento; Trombocitopenia grave menor que 100.000 plaquetas/mm³; as plaquetas, por sua vez, colaboram na coagulação sangüínea e sempre tendem a se acumular em células e tecidos danificados, facilitando sua recuperação. Na síndrome Hellp, presencia-se uma disfunção que requer o consumo exagerado de plaquetas ou que leva à sua destruição. Sua contagem em testes de laboratório torna-se bastante baixa. Essa condição aumenta consideravelmente o risco de hemorragias (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2009).

3.7 HIPERTENSÃO CRÔNICA NA GESTAÇÃO

A incidência de hipertensão crônica na gravidez tem crescido com o aumento de gestações em mulheres mais velhas. A hipertensão crônica é mais freqüente em negras do que em brancas (MONTENEGRO & RESENDE FILHO, 2009)

Mulheres em estágio 1 de hipertensão arterial tem baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação, e são candidatas a somente modificar o seu estilo de vida como estratégia terapêutica (BRASIL, 2005). Normalmente, a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados.

Ainda, é importante observar que os exercícios aeróbicos devem ser restritos com base nos conhecimentos teóricos que o fluxo placentário inadequado pode aumentar o risco de pré-eclampsia, ou seja, os exercícios devem ser recomendados clinicamente, e a redução de peso pode não ser observado, mesmo em gestantes obesas (PEIXOTO, MARTINEZ. 2008).

No período gestacional a hipertensão crônica é definida como o aumento da pressão sistólica e 140 mmHg e da pressão diastólica e 90 mmHg, sendo identificadas em duas situações distintas, espaçadas de no mínimo 4 horas, anterior a

20ª semana gestacional, que persiste até a 6ª semana pos-parto (MONTENEGRO. RESENDE FILHO, 2009)

Muitos especialistas recomendam a restrição de sal (sódio) na dieta, a valores semelhantes ao da hipertensão arterial primária em geral, ou seja, de 2,4g. A utilização de álcool e de cigarro deve ser intensamente desencorajado ao decorrer da gestação (BRASIL, 2005).

3.8 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA GESTACIONAL

3.8.1 A Assistência no Pré-natal

A gestação pode ser um momento excepcional de amor e carinho no seio familiar, como também pode trazer sérias consequências físicas e mentais à gestante, pois, nem toda gestação é de fato planejada e ou desejada. Todavia, independente da transmissão de afeto entre a gestante e seu bebê, é fundamental o acompanhamento médico, com a devida assistência ao pré-natal.

A assistência no pré-natal não é de exclusividade médica, pois, o profissional da enfermagem pode atuar de forma ativa no acompanhamento da gestante, e, de acordo com Silva (2002), o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo enfermeiro, nos termos do Decreto Lei nº 94.406 de 1987. O que de fato pode ser compreendido como uma forma de reconhecimento aos profissionais da área, bem como, ferramenta de humanização da relação entre gestante e cuidados gestacionais, haja vista que, é indiscutível o caráter humanístico do ofício de enfermeiro.

É importante salientar que, os novos moldes gerenciadores da saúde pública têm multiplicado e incentivado uma atribuição da enfermagem, o acolhimento humanizado do paciente, sobretudo, da gestante, independente do seu grau de risco. Assim, de acordo com Costa et al (2009), o sistema de saúde pública no Brasil deixou de ser centrado no indivíduo para abranger toda a família, a partir dos programas mencionados anteriormente, de modo a integrar os princípios do SUS com a comunidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas de buscar atenção qualificada para a população.

Embora a humanização do atendimento médico como um todo seja considerado um fator positivo para a sociedade brasileira, travou-se um dilema para os profissionais da enfermagem.

Silva (2002) explica que essas novas reorientações profissionais voltaram as ações da enfermagem para o senso da coletividade, conquanto que, a atuação do respectivo profissional era de fato voltada para a individualização do paciente, através do qual se criava um elo de cuidado e afeto.

Portanto, o profissional da enfermagem teve que se readaptar a uma nova realidade laboral, onde figuravam a coletividade de pacientes e aquela antiga relação estreita deveria ser substituída pelo trato humanizado e “individualizado” da coletividade. Sendo assim, observa-se que a reforma institucional sofrida pelo SUS se inspirou nas disposições da enfermagem, nos fundamentos de humanização e acolhimento, características próprias do profissional da enfermagem, que, atua justamente nesse acompanhamento mais acolhedor, humanitário e, principalmente, curativo.

Em face da permissão legal, o enfermeiro é capacitado para o acompanhamento de pré-natais, pois goza de todos os conhecimentos e técnicas devidas para a assistência à gestante de baixo ou nenhum risco.

Portanto, a assistência da gestante pelo enfermeiro criou uma nova sistemática institucional que incentiva a humanização da saúde pública, vindo a contribuir significativamente para as novas diretrizes da formação acadêmica, este, que necessariamente precisa estar mais próximo do paciente e conhecer suas reais condições e limitações. Anteriormente, esta função de compreensão plena das condições do paciente era exclusivamente do enfermeiro, pois, seu senso curativo e acolhedor, promoviam naturalmente uma melhor percepção das reais condições do paciente, de modo respeitador aos seus direitos e sentimentos, pois, era o enfermeiro o único elo entre o paciente e o médico.

Assim, as novas diretrizes da saúde pública inspiram-se no ofício da enfermagem, corroborando de forma significativa para o crescimento da área, pois, teve seus esforços e convicções profissionais reconhecidos e utilizados como modelo ideal de tratamento e amparo ao paciente, sobretudo, à gestante, que nem sempre goza de saúde plena, e, ainda pode passar por perturbações e desvios de caráter psicológicos e emocionais.

3.8.2 O Enfermeiro no Acolhimento e Intercorrências na Assistência Gestacional

Ao longo da pesquisa, foram elencadas algumas espécies de complicações gestacionais e provenientes de um parto traumático, tanto para a puérpera (outrora gestante) quanto para o feto ou bebê. Como explicitado no ponto anterior da presente pesquisa, a essência acolhedora e humanizada da enfermagem inspirou a reformulação de todo o sistema de saúde pública do Brasil, e, concomitantemente com dada colocação, tem-se especificamente a atuação do profissional da enfermagem durante as intercorrências gestacionais.

Preliminarmente, é importante destacar o que ensinam Oliveira, Carvalho e Silva (2008) sobre o acolhimento, considerado uma ferramenta ou estratégia que visa a garantia do efetivo cumprimento das disposições e princípios próprios do Sistema Único de Saúde, nas considerações humanizadoras do atendimento. Portanto, o acolhimento é fundamental para a humanização da relação entre pacientes e equipe de saúde, incluindo-se principalmente o profissional da enfermagem.

De acordo com Figueiredo e Tonini (2008), o enfermeiro tem por dever a atuação educacional, para que seja possível o alcance da solução dos problemas enfrentados tanto pelo paciente quanto por seus familiares, portanto, deve o enfermeiro atuar de acordo com a ética social e profissional. Assim, o enfermeiro precisa entender que a comunicação deve ser fundamentada na prática do cuidar, na essência do ofício, na atividade de amparar.

Pode-se considerar que a visita domiciliar e acompanhamento da gestante pelo enfermeiro são ferramentas capazes de eliminar obstáculos entre a gestante e a equipe médica, bem como, melhor explicita as questões educacionais. De acordo com Archanjo e Silva (2007), a visita domiciliar é uma ferramenta importante e capaz de identificar mulheres grávidas e inscrevê-las rapidamente em programas assistenciais, buscando de forma incessante a melhoria na condição de vida das pessoas.

O enfermeiro é, portanto, indispensável para o acompanhamento de gestações, sejam elas de risco ou não, pois, o acompanhamento assíduo do referido profissional acaba por fortalecer a gestante, a partir do estabelecimento de uma

relação de confiança e compreensão. Assim, o acompanhamento deve ser fundamentado na libertação de preconceitos e barreiras, de modo a estimular o interesse da gestante em sua condição, bem como, o interesse do próprio profissional pela excelência na atuação, haja vista que o enfermeiro se encontra em constante processo de aprendizado.

4 DISCUSSÃO

Para Febrasgo (2005) o objetivo da atuação do enfermeiro no acompanhamento gestacional é assegurar que cada gestação chegue ao seu ponto culminante com o nascimento de um recém-nascido em perfeitas condições de saúde, incentiva-se, assim, a não interrupção da gestação. Também, o enfermeiro deve investigar à finco todas as possíveis situações de risco tanto para a gestante quanto para o feto.

Como resultado de um acompanhamento metódico, o enfermeiro é capaz de elaborar relatório da evolução da gestação, com todas as suas variáveis e individualidades, culminando na aproximação entre gestante e equipe de saúde, a partir da continuidade do acompanhamento da gestante pelo enfermeiro. Toda esta situação é resultado de uma relação de confiança, cuidado e humanização da saúde, principalmente no que concerne à saúde pública do Brasil, que mudou suas diretrizes com base nas disposições essenciais da enfermagem.

Bertolli (2010) em seus ensinamentos direciona o entendimento para o aspecto mais compreensivo do tema quando, ao tratar da origem da saúde pública no Brasil, primeiramente traça um paralelo entre a economia, a política e as necessidades sociais, vislumbrando princípios normativos e constitucionais que tanto impulsionam a solução dos problemas como também limitam a atuação da entidade estatal. No entanto, desmistifica a prolongada afirmação de que o Estado não possui recursos, tendo em vista que, sempre houve recursos para tanto, porém, mal direcionados ou ainda desviados, como mostra o histórico da saúde pública no Brasil.

O Direito à saúde inaugura uma nova perspectiva social acerca da relação obrigacional do Estado para com o povo, tendo em vista a necessidade de se instituir uma noção de dignidade da pessoa humana, posta em prática diante da prestação institucional da entidade estatal sob os parâmetros da saúde pública, que atende a grande massa brasileira. Neste sentido, o direito à saúde pode ser

compreendido como um Direito Fundamental, como se pode observar através das lições de Moraes (2006):

O conjunto institucionalizado de direitos e garantias do ser humano que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal, e o estabelecimento de condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana pode ser definido como direitos fundamentais. (MORAES, 2006, p. 21).

Entende-se que a saúde representa o estabelecimento de uma condição mínima de vida e desenvolvimento da pessoa humana, e deste modo, classifica-se dado direito como fundamental. E a atuação do enfermeiro acolhedor nas situações de risco à gestante é essencial para as novas perspectivas da saúde pública. Assim, o papel do enfermeiro inicia-se na gestão da educação e acolhimento contínuo da gestante.

Para tanto, deve o enfermeiro se manter atualizado e aperfeiçoado em suas técnicas, percebendo que a compreensão de que o enfermeiro deve atuar estritamente sob o comando do médico está obsoleta, pois, o enfermeiro atuante e preocupado com seu desempenho profissional deve se manter numa constante busca pelo conhecimento e capacitação.

Silva (2002) vai além, oportunamente questiona a ausência do enfermeiro no acompanhamento da mãe e de seu bebê, pois entende ser fundamental para a saúde familiar a permanência do acompanhamento feito pelo profissional da enfermagem, haja vista as características fundamentais do ofício, como a humanização do atendimento e o acolhimento compreensivo.

Portanto, é possível concluir que nos diagnósticos correlacionados com complicações gestacionais, como a eclampsia, por exemplo, o acompanhamento médico por si só não é suficiente, pois é na figura do enfermeiro que a paciente acaba por criar um vínculo maior de confiança e ligação afetiva, pois, é o enfermeiro o responsável direto pelo seu bem estar e orientação de saúde.

5 CONCLUSÃO

A partir do exposto, é possível concluir que a correta atuação do enfermeiro nas etapas de acolhimento, consulta de enfermagem e prescrição são fundamentais para o alcance devido dos objetivos correlacionados com os cuidados de saúde, principalmente, quando se trata de gestantes. Sobretudo, é importante salientar que ao longo da pesquisa foi constatada a importância do acolhimento e do acompanhamento humanizado, ao passo em que, tais disposições demonstram a relevância de uma formação adequada do profissional da enfermagem.

Ainda, o estado gestacional delimita algumas situações em que o enfermeiro passa a ser uma ferramenta indispensável para o tratamento da gestante, principalmente quando a gestante se encontra diagnosticada com pré-eclampsia e possui alterações biológicas como hipertensão e síndrome de hellp. Portanto, é possível concluir também que a atuação do enfermeiro inicia-se na gestão da educação continuada, no momento em que ele se mantém em busca contínua pelo conhecimento e aperfeiçoamento de métodos e técnicas, haja vista sua função curativa e educadora.

O enfermeiro deve atuar no mais lidimo respeito, reconhecendo as disposições físicas e mentais de todos os pacientes, em especial as gestantes, pois nem sempre o estado gestacional trás consigo boas situações, tanto físicas quanto emocionais. Portanto, o respeito é elemento indispensável para o trato com as características biopsicossociais e econômicas das gestantes, promovendo ainda o respeito e amparo familiar, com o intuito de delinear uma relação de confiança entre a gestante e a equipe de saúde.

Assim, o acolhimento e o atendimento humanizado parte da atuação do enfermeiro, é ele o primeiro responsável pela explicação clara da situação fática que paira na vida da gestante e de seus familiares, muito embora a figura do médico seja de extrema importância, é possível que enfermeiros exerçam o acompanhamento gestacional sem profissional da medicina em casos de gestações de baixo ou nenhum risco.

Essa limitação de risco baixo ou inexistente se dá em razão da possibilidade de haver necessidade de intervenção cirúrgica diante do agravamento do quadro da gestante, e, em casos de risco eliminado, a gestação pode ser acompanhada exclusivamente pelo enfermeiro. Portanto, pode-se concluir que o enfermeiro é

indispensável para a equipe de saúde, principalmente no acolhimento, educação e humanização do atendimento de gestantes, independente da existência de risco à vida tanto da gestante quanto do feto.

REFERÊNCIAS

ARCHANJO, Daniela; ARCHANJO, Léa; SILVA, Lincoln. (Org.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ibplex, 2007.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 10520: Informações e documentação: Citações em documentos- Apresentação**. Rio de Janeiro, 2002B.

ABREU, Dirson de Castro. **Cardiopatas e Gravidez**. In: REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BERTOLLI, Cláudio Filho. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2010. Col. História em Movimento.

BOAVENTURA, Edvaldo Martins. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese**. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 25 nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Gestação de alto risco**. 4. ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CLAYTON, Bruce D.; STOCK, Yonne N. **Farmacologia na Prática de Enfermagem**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

COSTA, Glauce. et al. **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Org.). **Manual de Orientação: Assistência Pré-Natal**. [S.l.] 2005.

FIGUEIREDO, Nélia. TONINI, Teresa. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis Editora, 2008.

FRANZA, Alessandra B.; PORTO, Fernando; SANTOS, Inês Maria M.; SILVA, Leila R.: **Gestação e Parto**. In: **Tratado prático de enfermagem**. Vol. 1 / coordenadores

Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Dirce Laplace Viana, William César Alves Machado. ? 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yends Editora, 2008

FUSTINONI, Suzete Maria Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: **Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal**. Sonia Maria Oliveira de Barros, (org). Barueri, SP: Manole, 2006.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

HANDEM, Priscila de C. et al. Metodologia: interpretando autores. In: **Método e metodologia na pesquisa científica** / organização Nébia Maria Almeida de Figueiredo. 3. ed. São Paulo, SP: Yendes editora, 2008. p. 93.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende, **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

NEME, B. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Pré-Eclâmpsia ? Eclâmpsia. In: REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 22.

PASCOAL, F. Istênio. **Hipertensão e gravidez**. Rev Bras Hipertens 9: 256-261, 2002

PASTORE, Simone; VINADÉ, Inês Almansa. **Hipertensão Gestacional ? Uma Revisão de Literatura**. 2007. Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07b/simone/Simone_artigo.pdf>. Acessado em: 15 de Março de 2010.

PEIXOTO, Magda V.; MARTINEZ, Michelle D.; VALLE, Norma Sueli B. **Síndromes Hipertensivas na Gestação: estratégias cuidados de enfermagem**. 2008. Disponível em: Acessado em: 16 de Março de 2010.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000010>. Acesso em: 11 de Abril de 2010.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e Emergência para a enfermagem do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência**. 5. Ed. São Paulo: Iátria, 2008.

SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Abr. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2013.

SILVA, Waldine Viana da. **A Comunicação Interpessoal Entre os Profissionais de Saúde e Gestantes na Assistência Pré-natal**. São Paulo: Manole, 2002.

SILVEIRA, Mário Magalhães. **Política Nacional de Saúde Pública – a trindade desvelada**: economia-saúde-população. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a Área da Saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ZIEGEL, E.E;CRANLEY,M.S. **Enfermagem Obstetrícia**. 10. ed. Rio de janeiro : lteramericana ,1999.