



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

ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS
DA GESTAÇÃO

RAFAELLA MAYARA DE ARAUJO
Profª Ms. JOANA DARC DANTAS SOARES

NATAL/RN
2015

RAFAELLA MAYARA DE ARAUJO

ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS
DA GESTAÇÃO

Artigo Científico apresentado como requisito final da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI – RN.

Orientadora: Prof^a Ma. Joana D’Arc Dantas Soares.

NATAL/RN
2015

RESUMO

As Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG's) são complicações que podem ocorrer na gravidez, ocasionadas pelo aumento dos níveis de pressão arterial a partir da 20ª semana da gestação. Classificam-se como: pré-eclâmpsia leve ou grave, eclâmpsia, síndrome de HELLP e pré-eclâmpsia superajuntada. Os objetivos desta pesquisa consistem em dissertar sobre os fatores de risco maternos relacionados às DHEG's que podem ser diagnosticados através da consulta de pré-natal, assim como relatar as experiências trazidas pela assistência de enfermagem a mulheres portadoras dessas enfermidades. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura de artigos científicos completos, publicados no idioma português, divulgados entre os anos de 2005 a 2014, através de busca nas bases de dados LILACS e coleção de bases SCIELO. Foram selecionados nove artigos, estes relataram que os principais fatores de risco maternos que as pacientes podem estar expostas para o desenvolvimento de DHEG's são: obesidade, idade reprodutiva antes de 19 e após 35 anos, presença de hipertensão anterior à gestação e primiparidade. Os estudos referiram que os enfermeiros devem orientar sobre os cuidados que possam preveni-los ou antecipar seu tratamento. Também foi relatada a satisfação das mulheres sobre as informações que lhes eram repassadas durante as consultas de pré-natal realizadas pelos enfermeiros, embora ainda deixe lacunas nos cuidados no pós-parto e práticas de exercícios. Esse fato demonstra a importância do aumento da produção científica sobre a temática por enfermeiros, no acompanhamento dessas gestantes, uma vez que estes estudos são peça fundamental na execução da identificação precoce na Atenção Básica de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: “Gravidez, Fatores de Risco, Hipertensão, Assistência Pré-Natal, Avaliação em Enfermagem”.

ABSTRACT

The Specific Hypertensive Diseases of Pregnancy (HDP's) are complications that can happen during pregnancy caused by increased blood pressure levels, starting after the 20th week. Are classified as mild or severe preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome and superimposed preeclampsia. The objectives of this research consisted of lecture on maternal risk factors related to the HDP's that can be diagnosed through prenatal appointment, in addition to reporting the experiences brought by nursing care to women who affected by these diseases. This was an integrative literature review of full scientific articles published in Portuguese, published between the years 2005-2014, through search in the LILACS databases and collection of SCIELO bases. Nine articles were selected, they reported that the main maternal risk factors that patients may be exposed to the HDP's development are: obesity, reproductive age before 19 and after 35 years, presence of hypertension prior to pregnancy and parity. Studies have indicated that nurses should guide about the care that can prevent them or anticipate their treatment. It was also reported women's satisfaction about the information passed to them during prenatal appointments by nurses, though still leave gaps in care in the postpartum exercises and practices. This study demonstrates the importance of increasing the scientific literature on the subject by nurses, monitoring of these women, again, that these studies are key part in the implementation of early detection in primary care settings.

KEYWORDS: "Pregnancy, Risk Factors, Hypertension, Prenatl Care, Nursing Assessment".

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A gestação pode gerar diversas alterações na mulher, podendo ser elas fisiológicas e emocionais, através do surgimento de medo, ansiedade, alegrias, preocupações financeiras, entre outros, dependendo assim, de como cada gestante irá reagir frente às mesmas.

Uma gestação ocorre quando o óvulo feminino é fecundado pelo espermatozóide masculino e se implanta satisfatoriamente no revestimento interno do útero, processo este chamado de nidação (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Segundo os autores acima a gestação pode ser observada em dias, semanas e meses, podendo ultrapassar 42 semanas. Porém, geralmente a gestação tende a ser a termo, ou seja, durando entre 37 semanas (259 dias) e 40 semanas (279 dias).

As mudanças no organismo da mulher grávida são notórias, como por exemplo, a postura e a deambulação que mudam conforme a idade gestacional (IG) vai aumentando. Também são identificadas modificações no metabolismo, no sistema cardiovascular, sanguíneo, urinário, respiratório, digestivo, endócrino e na pele, tendo assim um cuidado minucioso dessas alterações através do pré-natal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

Pré- natal é a assistência prestada à gestante durante a gravidez até o parto, podendo ser de baixo ou alto risco visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê, sendo realizados exames para identificar e tratar precocemente as situações de risco que podem trazer prejuízos à saúde da mulher ou da criança, tendo acompanhamento de um médico ou enfermeiro (ZIEGEL; CRANLEY, 2011).

Segundo Vieira et al.(2011), o enfermeiro pode realizar consultas de pré-natal de baixo risco, ou seja, em mulheres que não apresentam complicações durante a gravidez, dando seguimento as consultas de gestantes, bem como, identificando precocemente as pacientes com evolução desfavorável, como o aparecimento de Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG's), devendo ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco (PNAR) que é realizado pelo médico ginecologista em instituições especializadas.

As DHEG's são complicações que podem acontecer na gravidez ocasionadas pelo aumento dos níveis de pressão arterial (PA), a partir da 20ª semana da gestação, em mulheres que tem seus níveis pressóricos normais (AGUIAR et al., 2010).

Segundo Nettina (2012), a DHEG pode ser classificada como: pré-eclâmpsia leve ou grave, eclâmpsia, síndrome de HELLP e pré-eclâmpsia superajuntada. Um dos fatores

favorecedor para o aparecimento da DHEG é a presença já existente da hipertensão, ou seja, a gestante já apresentava um quadro de hipertensão arterial antes de engravidar.

Segundo Guyton e Hall (2011), é importante considerar que 75 % das mortes por hipertensão na gravidez tem como causa a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Sendo que, a pré-eclâmpsia acomete de 5 % a 10 % das mulheres grávidas e a eclâmpsia pode ocorrer de 1 a cada 2-3 mil grávidas.

Neste caso, verifica-se que o enfermeiro deve estar sempre se atualizando conforme o conhecimento teórico-prático, pois quanto melhor a qualidade na assistência à gestante, mais favoráveis serão os resultados, com menor probabilidade de mortalidade materna e perinatal, detectando assim, situações de risco precocemente (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHAES, 2010).

Para proporcionar um melhor atendimento à saúde dessas mulheres, o enfermeiro dispõe de um importante instrumento para aplicar seus conhecimentos adquiridos, promovendo uma assistência organizada e caracterizando sua prática profissional, conhecida por Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (NASCIMENTO et al., 2008).

Os autores ainda afirmam que a SAE ou Processo de Enfermagem dispõe de estratégias para a melhoria na atenção, não só na área da saúde da mulher, como também em qualquer área que o enfermeiro for atuar, trazendo benefícios tanto para o cliente, quanto para o desempenho do profissional.

Diante do exposto e sabendo-se que as DHEG's podem ocasionar complicações a curto e longo prazo para o binômio mãe – bebê, tem-se o seguinte questionamento: Como a Assistência de Enfermagem pode influenciar na diminuição das complicações na gestante portadora de DHEG?

O interesse em explorar a temática surgiu enquanto discente do 6º período do curso de Enfermagem durante a disciplina de Assistência a Saúde da Mulher e do Homem com o intuito de esclarecer dúvidas sobre a assistência.

O motivo dessa revisão foi de alertar aos profissionais de enfermagem o quanto é importante a utilização desta ferramenta disponível na atualidade, incentivando os mesmos a terem uma visão científica a respeito de sua atuação e cuidado frente a uma cliente portadora de DHEG, como forma de aperfeiçoamento de sua assistência, no sentido de diminuir os índices de DHEG's.

Esta revisão tem como contribuição acadêmica mostrar para os profissionais de enfermagem os principais sinais e sintomas das DHEG's e a partir disso, como podem intervir

colocando em uso a Assistência de Enfermagem, já que alguns profissionais da classe ainda tem resistência em pô-la em prática a mesma.

Assim o presente estudo tem como objetivos dissertar sobre os fatores de risco maternos relacionados às DHEG's que podem ser diagnosticados através da consulta de pré-natal, assim como relatar a satisfação das mulheres portadoras de DHEG's diante das consultas de pré-natal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão apresentados os capítulos que embasam a discussão da temática do estudo, esses são referentes: “A gravidez e as suas principais complicações fisiológicas”, “Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação”, “Assistência pré-natal à mulher com diagnóstico de DHEG”, “Sistematização da Assistência em Enfermagem para à saúde da mulher”.

2.1 A GRAVIDEZ E AS SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES FISIOLÓGICAS

A gravidez é um fenômeno fisiológico, sendo em maior parte dos casos sem intercorrências, assim, as mulheres que não apresentam complicações no decorrer da gravidez, são classificadas como, gestantes de baixo risco. Porém, existem exceções, no caso de gestantes que apresentam possibilidades maiores de uma evolução insatisfatória para o bebê e para a mãe, em função de patologias que os classificam como gestantes de alto risco (BRASIL, 2005).

Em uma gestante de alto risco, devem-se identificar sinais e sintomas que comprovem as doenças que justifiquem seus encaminhamentos para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), devendo essas ser consideradas como sendo de um grupo que possui necessidades distintas, com complicações presentes ou potenciais, que devem ser investigadas precocemente (CABRAL et al., 2010).

Segundo o autor acima, atentando-se na mulher, desde o relato de um pequeno sangramento, até a verificação da elevação na pressão arterial, pode-se antever complicações quando detectadas e tratadas precocemente, diminuindo o risco à saúde da mãe e do feto. Através de uma assistência adequada, reduz-se os índices de morbi-mortalidade sobre o binômio mãe-filho, evitando-se os possíveis riscos.

Apesar de toda essa assistência, o atendimento enfrenta problemas, tais como a dificuldade de acesso em vários níveis de atenção, qualificação dos profissionais e insuficiência de leitos especializados para atender melhor os pacientes que encontram-se em situações de risco, impedindo assim a aplicabilidade eficaz da assistência (MACHADO;SALVADOR;O'DWYER,2011).

Dessa forma podemos citar várias alterações fisiológicas próprias da gravidez, tais como: êmese, pirose, constipação, hiperêmese gravídica, gravidez ectópica, abortamento e DHEG (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

É natural durante a gravidez, a mulher apresentar pirose e constipação, pois há diminuição da motilidade gastroentérica, podendo causar também o refluxo gastroesofágico (NETTINA, 2012). Sendo assim, Montenegro e Rezende Filho (2013), afirmam que é importante a gestante fazer refeições pequenas e frequentes com ingesta pobre em gorduras, e que a mesma degluta lentamente, evitando também a êmese.

Quando as mulheres engravidam têm tendências a ter êmese, que é caracterizada pelos vômitos no início da gestação, entre a quarta e a sexta semana, ficando mais intensas entre a oitava e a décima segunda semana , apresentando cessação no início do 4º mês de gravidez (NETTINA, 2012).

A autora afirma ainda que, quando os vômitos são persistentes e exagerados, classificam-se como hiperêmese gravídica, o que pode levar à morte materna e fetal se não tratada adequadamente, devido à desidratação grave. O tratamento pode ser através da administração de antieméticos, reposição de eletrólitos por via endovenosa, entre outros.

Outra complicação fisiológica gestacional é a gravidez ectópica, que consiste no desenvolvimento de uma gestação fora da cavidade uterina, podendo causar o aborto logo no início da gravidez, sendo a ectópica tubária a mais frequente (FEBRONIO et al, 2012).

Segundo os autores Vieira et al. (2011), o aborto espontâneo é a morte ovular que ocorre antes da 20ª semana de gestação. O aborto ainda pode ser classificado de acordo com as condições de ocorrência e gravidade, como: ameaça de aborto, abortamento inevitável, abortamento completo ou habitual, aborto incompleto, abortamento infectado e abortamento retido.

Uma das complicações mais importantes da gravidez são as DHEG's, sendo uma das maiores causas de mortalidade materna e perinatal e é a primeira causa de morte materna no Brasil, principalmente quando se instala em sua forma mais grave na mulher, a Síndrome de HELLP (AGUIAR et al., 2010; NETTINA, 2012).

2.2 DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO (DHEG's)

As DHEG's são complicações que podem acontecer a mulher na gravidez que apresentem os seguintes fatores de risco que são favorecedores das DHEG's são: adolescentes grávidas com idade abaixo de 17 anos ou com mais de 35 anos, primigestas, com hipertensão crônica ou com obesidade (NETTINA, 2012).

Montenegro e Rezende Filho (2013), afirmam que a hipertensão arterial pode estar ausente em 10-13% das pacientes com pré-eclâmpsia grave e em 38% das pacientes com eclâmpsia.

Guyton e Hall (2011), afirmam que a pré-eclâmpsia é caracterizada pela hipertensão entre 140x90mmHg e 160x110mmHg em duas ou mais ocasiões no intervalo de tempo de 6 horas; proteinúria de 24 horas maior ou igual a 300mg e menor que 5g; edema generalizado; em grávidas com pressão arterial normal antes da 20ª semana de gravidez. Pode ser classificada como em pré-eclâmpsia leve e grave, dependendo assim dos níveis da PA, da proteinúria e do grau de edema.

O tratamento para a pré-eclâmpsia leve é a terapêutica conservadora até o feto atingir a 37ª semana, visando à avaliação clínica e laboratorial da paciente e do feto. O objetivo do tratamento da pré-eclâmpsia é reduzir a pressão sanguínea, utilizando assim anti-hipertensivos, devendo também ter consultas semanalmente com o médico obstetra, manter uma dieta normossódica e interromper a gestação em último caso, se ocorrer comprometimento da vitabilidade fetal (SOUZA; DUBIELA; SERRAO JUNIOR, 2010).

Existem vários fármacos anti-hipertensivos usados durante a gravidez, dentre eles, Furosemida, Metildopa, Nifedipina, Hidralazina. Porém devemos ficar atentos aos efeitos colaterais do fármaco, tanto para mãe quanto para o feto. Assim cita-se a Hidralazina como a droga de eleição para reduzir a pressão na gestação, pois a mesma atravessa a placenta e não causa defeitos fetais e é compatível com a amamentação (ROMBALDI; GALVAO; GREZZANA, 2005).

A Metildopa por sua vez, é um anti-hipertensivo, porém não deve ser utilizada nas crises hipertensivas gestacionais, pois o tempo para início de sua ação é entre 4-6 horas. Já a Nifedipina tem efeitos colaterais como a hipotensão severa. A Furosemida por sua vez, não deve ser utilizada, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária (OLIVEIRA et al., 2009).

Já na pré-eclâmpsia grave, o tratamento é imediato e a cura é o parto, porém, antes de ser realizado, o quadro clínico da puérpera tem que ser estabilizado, durante 4 horas ou 48

horas se a gravidez estiver entre a 24^a – 34^a semana (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

Segundo Souza, Dubiela e Serrão Junior (2010), quando a pré-eclâmpsia não é tratada ou a gestação não é interrompida, a tendência dela é evoluir para a eclâmpsia e a síndrome de Hellp.

A eclâmpsia é caracterizada pela PA maior ou igual a 160x110 mmHg , proteinúria de 24 horas maior ou igual a 5g e edema generalizado com aparecimento de convulsões seguidas ou não de coma. E a conduta na eclâmpsia visa no tratamento das convulsões, da hipertensão, além dos controles e cuidados gerais. (NETTINA, 2012).

A terapia farmacológica indicada como anticonvulsivante é o Sulfato de Magnésio. O mesmo tem várias formas de apresentação/concentração. Sendo elas: a 50 % que uma ampola equivale a 10 ml = 5g; a 20% que uma ampola equivale a 10 ml = 2g; a 10% 1 ampola equivalendo a 10 ml = 1g. O esquema de Pritchard utiliza as duas vias de administração medicamentosa, a via endovenosa e a intramuscular (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

Os autores ainda afirmam que, o esquema de Pritchard tem como dose de ataque, ou seja, dose inicial de 4g de sulfato de magnésio por via endovenosa lentamente (8 ml de sulfato de magnésio a 50% + 12 ml de água destilada), devendo durar entre 10 – 20 minutos a infusão; adicionando 10 g por via intramuscular, ou seja, 10 ml de sulfato de magnésio a 50% em cada glúteo, com agulha calibrosa. A dose de manutenção é de 5 g (10 ml de sulfato de magnésio a 50%) por via intramuscular a cada 4 horas, alternando sempre os glúteos, usando agulha de calibre alto.

Em caso de toxicidade pelo Sulfato de Magnésio, ou seja, se a gestante apresentar frequência respiratória menor ou igual a 14 rpm; perda do reflexo patelar e/ou diurese menor ou igual a 25 ml/h deve-se usar um antídoto, o Glucanato de Cálcio a 10% - 1 ampola por via endovenosa com administração lenta (NETTINA, 2012).

Montenegro e Rezende Filho (2012), afirmam que a terapia anti-hipertensiva indicada é o Cloridrato de Hidralazina (1 ampola = 1 ml que equivale a 20 mg), que tem ação rápida, e deve ser administrado 5mg pela via endovenosa. Se a PA não tiver uma redução de 30% ou a pressão diastólica não ficar entre 90-100 mmHg deve-se administrar 5mg a cada 20 minutos não ultrapassando 40 mg. Porém, o tratamento definitivo da eclâmpsia é o parto, independente da IG, 4 horas após estabilizado o quadro clínico, mantendo o tratamento de 48-72 horas após o parto.

Já a síndrome de HELLP é uma complicação grave que consiste na hemólise das hemácias (H), elevação das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP), menor que 100.000/mm³. É considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia (SECUNDO et al, 2009). O tratamento é similar ao da pré-eclâmpsia, com monitoramento das hemorragias e função hepática, pois essas pacientes estão sujeitas à hemorragia puerperal (NETTINA, 2012). Montenegro e Rezende Filho (2013), afirmam que para corrigir os distúrbios de coagulação que é a plaquetopenia, é preciso uma transfusão de concentrado de plaquetas quando sua contagem for < 50.000 mm³.

Os autores afirmam ainda que, a pré-eclâmpsia superajuntada é caracterizada por um aumento da pressão sistólica maior ou igual a 30mmHg e da pressão diastólica maior ou igual a 15mmHg; proteinúria de 24 horas maior ou igual a 300mg; hiperuricemia; síndrome de HELLP; isso em mulheres grávidas que já são portadoras de hipertensão arterial crônica, antes de engravidar.

2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À MULHER COM DIAGNÓSTICO DE DHEG

A assistência ao pré-natal e puerperal de qualidade e humanizado é muito importante para a saúde materna e neonatal, devendo ser incluídas ações de prevenção e promoção à saúde, além de diagnósticos e tratamentos adequados aos problemas que podem ocorrer no período da gravidez (BRASIL, 2005).

Segundo o autor acima, o pré-natal tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez até o final da mesma, garantindo o bem-estar materno e neonatal, devendo ser realizadas no mínimo 6 consultas de pré-natal, preferencialmente, 1 consulta no 1º trimestre, 2 consultas no 2º trimestre e 3 consultas no 3º trimestre, podendo ser de baixo ou alto risco.

O pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado inteiramente pelo enfermeiro, na rede básica de saúde, pois o mesmo está garantido pela Lei do Exercício Profissional e Decreto nº 94.406/87, tendo assim, o enfermeiro, grande papel de relevância no cuidado e principalmente estimulando à gestante ao alto cuidado (ARAUJO; OKASAKI, 2007).

Porém no decorrer da gravidez algumas intercorrências (sangramento, êmese excessiva) podem ameaçar a vida do bebê e/ou da mãe, exigindo assim uma intervenção imediata e especializada por parte de um médico em uma instituição de porte de alto risco, ou seja, encaminhada para o pré-natal de alto risco (BRASIL, 2005).

No pré-natal de alto risco (PNAR), a gestante irá ter uma assistência multidisciplinar mais adequada, ou seja, mais preparada, para dar uma melhor assistência à tal risco, dentre eles a DHEG, pois os profissionais poderão realizar uma atenção mais especializada e individualizada ao analisar cada uma de suas necessidades, traçando assim uma assistência voltada à gestante, tendo assim um cuidado mais integral e humanizado (MELO et al., 2010).

Os autores afirmam ainda que a puérpera com DHEG deverá ter uma orientação cuidadosa em relação ao problema, e isso dependerá de todos os profissionais, porém, o enfermeiro irá atuar mais, pois o mesmo está diretamente ligado à assistência desta paciente, ou seja, 24 horas ao lado da mesma.

2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM VOLTADA PARA A SAÚDE DA MULHER

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem é o método ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos na prática assistencial, promovendo um cuidado de enfermagem contínuo e de qualidade para o cliente, devendo ser executada por toda equipe de enfermagem, de forma individualizada e direcionada a cada tipo de cliente. É composto por cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação (AGUIAR et al., 2010).

Na etapa de avaliação do histórico de enfermagem à mulher grávida, o enfermeiro irá perguntar sobre a identificação da cliente (nome, endereço, telefone, entre outras coisas); qual a queixa que a fez ir para tal consulta; irá fazer um bom exame físico, ou seja, encéfalo-caudal anotando as normalidades e as anormalidades no prontuário; antecedentes pessoais patológicos, hábitos de vida (etilismo e/ ou tabagismo) e antecedentes familiares patológicos (Hipertensão, Diabetes, Câncer), entre outros, a fim de traçar um diagnóstico situacional da paciente (MIRANDA et al., 2013).

Com um histórico de enfermagem bem realizado, o enfermeiro poderá ter interpretações dos dados obtidos, tendo assim, diagnósticos de enfermagem fidedignos, que antecipem futuros problemas como, por exemplo, a mulher pode apresentar medo relacionado ao parto evidenciado pela verbalização do problema, ou seja, a mesma irá relatar que pode estar enfrentando sensações de medo relacionadas ao parto (REINERS et al., 2009).

Miranda et al. (2013), afirma que na etapa do planejamento de enfermagem, o profissional irá formular sua assistência baseada no diagnóstico de enfermagem, ou seja, planejará a quantidade de tempo estimatizado que a paciente precisará de suas intervenções.

Os autores afirmam ainda que na fase da implementação, o enfermeiro fará diariamente um roteiro das ações que a equipe de enfermagem irá realizar, ou seja, coordena a ação dos profissionais sobre os cuidados adequados ao atendimento. Por último, na avaliação de enfermagem, a equipe fará relatórios de possíveis mudanças e/ou evoluções do quadro do diagnóstico inicial, isso enquanto estiver sob assistência profissional.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma revisão integrativa da literatura científica brasileira, a qual visou proporcionar maior familiaridade com os conceitos revisados sobre um tema em questão, neste caso, acerca da assistência de enfermagem no atendimento às DHEG.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008, p. 759).

A revisão integrativa está dividida em seis etapas, dentre elas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Interpretação dos resultados; Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A coleta das informações foi feita a partir da coleção de base de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e da base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) em livros atualizados.

A fim de buscar informações sobre o tema, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para refinar a pesquisa. Os critérios de inclusão para este estudo consistiram em artigos publicados em português, com textos completos, resumos disponíveis nas fontes citadas, no período de 2005 a 2014, e apresentando os seguintes descritores: “Gravidez”, “Hipertensão”, “Assistência pré-natal”, “Fatores de Risco”, “Avaliação em Enfermagem”.

Sendo critérios de exclusão artigos publicados em inglês, monografias, teses, dissertações, artigos e resumos com datas anteriores a 2005.

Para refinar a pesquisa, foi utilizado o operador booleano AND e o cruzamento dos descritores já mencionados anteriormente, para satisfazerem os critérios de inclusão já expostos. A busca foi através dos cruzamentos a seguir: “Gravidez AND Hipertensão AND Avaliação em Enfermagem”; “Gravidez AND Assistência Pré-Natal AND Avaliação em Enfermagem”; “Gravidez AND Avaliação em Enfermagem”, “Gravidez AND Hipertensão”.

O AND é um conector, chamado de operador booleano, que proporciona realização de combinações entre os descritores utilizados na pesquisa, sendo de combinação restrita (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e agosto do presente ano, e a análise dos artigos que foram pesquisados, ocorreu entre setembro e outubro

4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, foram encontradas 10. 651 artigos sendo que apenas 218 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Quando submetidos à análise detalhada de seus conteúdos, apenas 9 atenderam aos objetivos e responderam a questão norteadora da investigação.

A fim de definir as informações a serem extraídas dos artigos, os mesmos foram apresentados em dois quadros sinópticos descritivos, classificados como 1 e 2. Enquanto os artigos foram identificados por letras do alfabeto do A ao I.

Dessa forma, no quadro sinóptico descritivo 1, os artigos estão definidos a partir do ano de publicação, título da pesquisa, autores e periódicos de origem.

QUADRO SINÓPTICO 1 : Descrição dos artigos selecionados quanto ao Ano de Publicação, Título, Autores e Periódicos de Origem. Id*: Identificação do Artigo

Id*	Ano	Título da pesquisa	Autores	Periódicos de Origem
A	2012	Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil.	Santos et al.	Rev Bras Ginecol Obstet
B	2012	Complicações maternas em gestantes com idade avançada.	Gonçalves e Monteiro	Rev. Femina
C	2010	Obesidade e complicações gestacionais.	Frattesi e Correia Jr.	Rev. Femina
D	2009	Diagnósticos de Enfermagem em Gestantes Hipertensas	Reiners et al.	Reme – Rev Enf Min
E	2008	Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação.	Assis, Viana, Rassi	Arq Bras Cardiol
F	2011	Orientações de Enfermagem na Gestação de Alto Risco: Percepções e Perfil de Gestantes	Luciano, Silva,	Rev Enferm UFPE on line

			Ceccheto	
G	2011	Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco.	Oliveira, Madeira.	Esc Anna Nery
H	2011	Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde	Libera et al.	Cienc. Saúde Coletiva
I	2007	Assistência de Enfermagem na Opinião das Mulheres com Pré-Eclâmpsia.	Cunha, Oliveira, Nery.	Esc Anna Nery Rev Enferm

Fonte: Da Pesquisa

Os artigos apresentados no quadro sinóptico acima foram publicados nos últimos nove anos, sendo dois publicados em 2012, três em 2011, e um nos respectivos anos 2010, 2009, 2008 e 2007. Quanto aos periódicos de origem as fontes mais utilizadas foram a Revista de Enfermagem – Escola Anna Nery (G e I), a Revista Femina (B e C) e outras origens (A, D, E, F e H).

Enquanto no quadro sinóptico descritivo 2, as informações presentes fazem referência a: objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões.

No quadro sinóptico a seguir, as amostras enfatizam sobre os fatores de riscos gestacionais mais frequentes, bem como a percepção das mesmas portadoras de DHEG conforme a assistência de enfermagem prestada à elas.

QUADRO SINÓPTICO 2 : Descrição dos artigos selecionados quanto ao Objetivo, Tipo de Estudo, Resultados e Conclusões. Id*: Identificação do Artigo

Id*	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusões
A	Descrever a prevalência dos fatores de risco gestacionais e sua associação com desfechos maternos-fetais desfavoráveis.	Longitudinal ,Descritivo, Analítico	O principal fator de risco encontrado para alterações materno-fetais esteve relacionado com o peso aumentado da gestante ao longo do pré-natal.	O estudo mostra a importância da identificação precoce dos fatores de risco e sua correção, trazendo benefícios para um dos setores da saúde pública mais abordados no momento, por meio de programas de assistência materno-infantis.
B	Identificar a frequência das complicações maternas na gestação tardia.	Ampla Pesquisa	A primiparidade apresenta-se como fator de risco específico para desenvolvimento da pré-eclâmpsia. O grupo de mulheres com idade avançada apresentam comorbidades pré-gestacionais como diabetes e hipertensão arterial crônica, justificando a pré-eclâmpsia. Portanto requer acompanhamento pré-natal interdisciplinar.	Por se tratar de um fator de risco gestacional existente, a gravidez acima de 35 anos, exige atenção especial quanto ao seu seguimento, visando minimizar eventos obstétricos adversos e o risco de mortalidade materna.
C	Identificar riscos associados à obesidade e ao	Artigo de Revisão	A prevalência de hipertensão crônica na população de mulheres obesas é 20 vezes maior quando comparada a	O pré-natal é o momento ideal para orientar a família, instituindo hábitos que possam ser levados para o resto da vida. Agendar com a

	sobrepeso na gestação.		população de mulheres com peso corporal normal. O risco de síndromes hipertensivas é grande em mulheres obesas.	equipe multidisciplinar na alta hospitalar é importante para detectar problemas e intervenções futuras.
D	Levantar os diagnósticos de enfermagem mais frequente em gestantes hipertensas de um hospital universitário.	Descritivo e Exploratório	Destacaram-se 2 fatores de risco predisponentes relacionados ao desenvolvimento de DHEGs: 1º A idade reprodutiva antes de 19 e após 35 anos, com maior incidência de pré-eclâmpsia; 2º A presença de hipertensão nos antecedentes familiares dessas mulheres, aparece como outro importante fator de risco a ser considerado.	Ressalta-se a atuação competente do enfermeiro nos programas de pré-natal para identificação de problemas reais e potenciais da gestante e manejo adequado das diversas situações existentes.
E	Investigar os fatores de risco maternos para SHG.	Estudo Caso-Control	Foi identificada a obesidade como fator de risco tanto para Hipertensão Gestacional como para Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclâmpsia. Primiparidade constituiu fator de risco para Hipertensão Gestacional. Idade acima de 30 anos como fator de risco para Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclâmpsia. Das gestantes com Hipertensão Crônica, 73,5% desenvolveram para Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclâmpsia.	Considera-se primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes de risco sejam identificadas desde a anamnese até o exame clínico. Caso haja necessidade, devem-se realizar intervenções para minimizar as complicações das SHG para mãe-feto.
F	Identificar a percepção das gestantes de alto risco quanto às orientações fornecidas pelo enfermeiro no contexto hospitalar.	Estudo exploratório-descritivo	Observa-se que as gestantes de alto risco passaram a perceber e valorizar das informações que lhes foram dadas. Contraditoriamente, percebe-se que as orientações dispensadas, como por exemplo, prática de exercícios, atividade sexual, higiene, cuidados no pós-parto, são centradas na condição orgânica.	Acredita-se que a educação é essencial na condução da gestação, sendo que a Enfermagem, profissão do cuidar, deveria explorar mais a dimensão do educar, na perspectiva de auxiliar a gestação de forma mais saudável, tranquila, conduzindo-a ao protagonismo frente ao processo gestacional.
G	Discutir a interação entre a equipe multiprofissional e essas mulheres, durante o pré-natal de alto risco.	Qualitativo	Ao se referir ao cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional, como a do PNAR, para onde a gestante com DHEG é encaminhada, a mesma quase sempre avalia esta “estratégia” como positiva, deixando-a mais segura e confiante. A gestante encontra sua verdadeira essência humana,	Sentimentos como medo e ansiedade podem ser amenizados quando a gestante é bem informada sobre o diagnóstico de possíveis riscos gravídicos. Pode ajudá-la a aceitar melhor a gravidez e obter mudanças nas suas atitudes e hábitos pouco saudáveis.

			tendo interação com o profissional de saúde, através do toque, do saber ouvir atentamente, do gesto.	
H	Avaliar a assistência pré-natal em uma maternidade pública segundo a perspectiva das puérperas e profissionais de saúde.	Qualitativo	As mulheres não estavam acostumadas a ser bem tratadas ou a ter acesso a tudo que o serviço oferecia [...]. As puérperas enfatizaram que eram respeitadas e que havia preocupação e atenção por parte da equipe [...]. Em relação à assistência prestada, era relacionada ao esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais, à clareza das informações recebidas no serviço entre outros.	A educação em saúde durante o pré-natal não pode consistir apenas no repasse de informações à gestante, ou seja, uma reprodução do conhecimento apreendido pelo profissional durante sua formação. O cuidador deve levar em consideração que cada mulher é única e carrega consigo sua própria cultura, traduzida por medo de suas vivências, medos. Sendo assim, a formação do vínculo é crucial para maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde.
I	Assistência de enfermagem na ótica das mulheres com pré-eclâmpsia.	Qualitativo	A satisfação das gestantes com Pré-Eclâmpsia com relação à quantidade e qualidade dos cuidados e da atenção recebida, a fim de responder às necessidades e expectativas da paciente. Já no que diz respeito à insatisfação, estava relacionado com a falta de apoio emocional e diálogo, cuidados mais específicos à humanização da assistência. Às vezes, os profissionais prestam cuidados eficientes, responsáveis, mas demonstram uma atitude fria com os pacientes.	É direito da mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade. É dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde, principalmente no pré-natal. Considera-se assistir em enfermagem, fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais.

Fonte: Da Pesquisa

Segundo Barros (2006) a etiopatogenia da doença hipertensiva específica da gestação é muito discutível, pois a respeito de todas as pesquisas realizadas durante várias décadas, ainda não foi possível conhecer etiologia, ou seja, permanece desconhecida a causa da doença, porém tem como fatores de risco a primiparidade, a obesidade, a idade aos extremos (antes de 19 anos e após 35 anos).

Os artigos A, C e D relatam que na gestação os principais fatores de risco maternos que as pacientes podem estar expostas e que podem evoluir para uma possível DHEG, são: obesidade, idade reprodutiva antes de 19 e após 35 anos, primiparidade, presença de hipertensão, tanto na gravidez atual como nos antecedentes familiares.

Seabra et al (2011) relataram que o ganho excessivo de peso durante a gestação favorece o desenvolvimento de intercorrências gestacionais, aumentando assim, a chance de ocorrência de pré-eclâmpsia.

Quanto ao exposto o Ministério da Saúde brasileiro orienta que durante a assistência pré-natal, o enfermeiro deve orientar a gestante quanto à dieta, por esta desempenhar um importante resultado no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com baixo teor de sódio, uma baixa quantidade de gorduras saturadas, trans e colesterol são capazes de reduzir a pressão arterial (BRASIL, 2005).

Concordando com os autores citados anteriormente, os artigos B e E detalham que a obesidade e idade superior a 30 anos estão relacionados à hipertensão gestacional e hipertensão superajuntada assim como primiparidade é um fator desencadeante para Hipertensão Superanjuntada.

Lacerda e Moreira (2011) relatam que, embora qualquer gestante possa desenvolver doença hipertensiva da gravidez, algumas correm maiores riscos, como as primigestas e mulheres com idade superior a 35 anos. A patologia é particularmente incidente nas adolescentes mais jovens, sendo o grupo das primigestas o mais vulnerável à pré-eclâmpsia pelas questões fisiológicas como: imaturidade do sistema, deficiências nutricionais e ausência dos cuidados pré-natais, onde o baixo nível de escolaridade também influi significativamente no acesso a uma assistência adequada.

Segundo Moura et al (2010), são vários os fatores de risco para o desenvolvimento das DHEG, daí ser indispensável que os enfermeiros no pré-natal, tenham conhecimento atualizado a respeito dos mesmos, orientando os cuidados que possam preveni-los ou antecipar o tratamento.

Nos artigos G e H são relatados pelas mulheres atendidas no pré-natal por enfermeiros, que as informações que lhes eram repassadas as deixavam mais seguras, eram satisfatórias, sendo compreensíveis para as mulheres, sanando seus medos, dúvidas, através da confiança que o profissional de enfermagem passava, formando assim um vínculo.

Segundo Nery e Tocantins (2006), a consulta de enfermagem oferece um vínculo, colocando o profissional em contato direto com o cliente. Este sendo formado através da escuta atenta, observação e tomada de decisões precisas, devendo ter como fundamento o processo de enfermagem, o que permite diversas abordagens, sem deixar de lado o ser humano e suas necessidades sentidas apreendidas pelo profissional através do ato de escutar e da troca de experiências.

Nas funções de informar e conduzir a assistência de Enfermagem é necessário deixar bem definidos todos os procedimentos a serem realizados dentro da instituição numa comunicação clara e objetiva. Diversos são os desafios para que a humanização aconteça de forma efetiva pelos profissionais de Enfermagem, mas apesar destes desafios, a humanização é possível (ALVES et al., 2009).

Moura et al (2007) afirmam que o enfermeiro é considerado como o profissional que possui formação holística, além de prestar assistência de forma humanizada durante o trabalho de parto, que é essencial por se tratar de um período em que a mulher se encontra mais vulnerável e fragilizada com relação ao apoio emocional.

Dessa maneira, a atenção dada no pré-natal contribui significativamente na redução das taxas de morbimortalidade materna. Esse cuidado é um desafio a ser vencido e está diretamente ligado ao bom desempenho por parte dos enfermeiros e de sua equipe que assistem as mulheres na sua gestação, prestando assim um serviço de excelência. O profissional de saúde deve, portanto, acrescentar à sua avaliação clínica essencial uma avaliação da mulher, com sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas além de conhecimentos entre as mulheres e os profissionais de saúde sendo considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (CARDOSO; FRANCO; CABRAL, 2009).

Os artigos F e I também relatam sobre a satisfação das gestantes com relação às informações passadas no pré-natal, porém enfatizam as insatisfações com relação a não orientação sobre cuidados no pós-parto, práticas de exercícios, atividade sexual, falta de apoio emocional, entre outros.

Nery e Tocantins (2006) relatam que o enfermeiro na consulta de pré-natal tem se voltado só para a prevenção de problemas e doenças, esquecendo as experiências e vivências que envolvem o ser mulher, por isso elas se sentem insatisfeitas. Porém, o profissional tem autonomia para captar as necessidades sentidas ou não pelas gestantes, as quais não envolvam apenas questões objetivas-clínicas, mas também vivências delas, como mulher, trocando assim informações e cuidados.

As mulheres relatam insatisfação sobre as informações que são insuficientes, repassadas através do enfermeiro no pré-natal, e que se dá pela ausência de explicação ou orientação específica para as condutas referentes ao momento do parto e pós-parto no hospital (LAMY; MORENO, 2013).

O trabalho do enfermeiro com gestantes hipertensas requer atenção e conhecimento, tornando-se de extrema relevância escutar as pacientes de maneira individualizada, a fim de

atender suas necessidades e desejos, buscando sempre a prevenção e a promoção da saúde. Cabe aos profissionais envolvidos, aprimorar, o conhecimento, para que possam atuar conforme a necessidade. Tornando possível a realização do diagnóstico precoce, permitindo o levantamento de problemas, facilitando a tomada de decisões e, a busca de melhoria da assistência prestada (NOVO; GIANINI, 2010).

5.CONCLUSÃO

A referente pesquisa constatou que os fatores de riscos maternos relacionados às DHEG's que mais são encontrados nas consultas de pré-natal são a obesidade, a idade antes de 19 e após 35 anos e hipertensão na gravidez atual ou a presença de antecedentes familiares hipertensos e primiraridade.

Embora a Enfermagem saiba da importância da humanização da assistência constatou-se um déficit da sua aplicabilidade, já que foram relatadas além de satisfações, as insatisfações com relação às necessidades sentidas pelo ser humano mulher. Dessa forma, pode-se identificar através dos resultados que o enfermeiro muitas vezes preocupa-se apenas com a consulta e não propriamente com a paciente assistida. Assim, conclui-se a partir do estudo que para a prestação de uma assistência de qualidade por parte do enfermeiro há necessidade que o mesmo mantenha conhecimento atualizado a respeito das DHEG's, além de procurar estratégias de minimização das influências externas sobre os riscos maternos encontrados nas gestantes com a doença em questão.

Já no que se diz respeito à limitação para a realização desse estudo, foi notório o número escasso de publicações com o foco nos fatores de risco trazidos pelas DHEG's identificadas no pré-natal realizadas por enfermeiros. Esse fato demonstra a importância do aumento da produção científica sobre a temática por enfermeiros, no acompanhamento dessas gestantes, uma vez que os mesmos é peça fundamental na execução da identificação precoce na Atenção Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revistaarticle/view/423/pdf>. Acesso em 04/03/2015.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 581-594, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a10v13s1.pdf>>. Acesso em : 07/11/2015.

ARAUJO, M. D. S.; OKASAKI, E. L. F. J. A atuação da enfermeira na conduta do pré-natal. **Revista de Enfermagem**. Santo Amaro, v. 8, n.1, p. 47-49, 2007. Disponível em: <www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-10.pdf>. Acesso em: 05/03/2015.

BARROS, Sônia Maria Oliveira de. *Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal*. São Paulo: Editora Manole, 2006.

BATISTA, C. S. D.; SOUZA, D. F. Avaliação em enfermagem: uma análise dos registros dos cuidados prestados à gestante de alto risco. P. 1-16, 2008. Disponível em: <www.uff.br/anaissegerenf/premio/Trabalho%20Segeren.pdf>. Acesso em 20/04/2015.

CABRAL, R. W. L. et al. **Atuação do Enfermeiro nas Intercorrências e Complicações Obstétricas durante o Trabalho de Parto e Nascimento**. Minas Gerais: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2010. 20p. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0070.pdf>. Acesso em: 30/04/2015.

CARDOSO, D.; FRANCO, S. F. S. R.; CABRAL, V. A. A gestante com hipertensão: um enfoque na humanização da assistência do enfermeiro no pré-natal [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Curso de Enfermagem; 2009.

FEBRONIO, E. M. et al. Gravidez Ectópica : ensaio iconográfico com enfoque em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**. São Paulo, vol. 45, n. 5, p. 279-282, 2012. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rb/v45n5/09.pdf >. Acesso em: 30/04/2015.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LACERDA, I. C; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré- eclâmpsia e eclâmpsia. **Revista Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 33, n. 1, p.71-76, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/7711/7711>>. Acesso em: 07/11/2015.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. Assistência Pré-Natal e Preparo para o Parto. **Revista Omnia Saúde**. Campo Mourão, v.10, n.2, p.19-35, 2013. Disponível em: <<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/456/pdf>>. Acesso em: 08/11/2015.

MACHADO, C. V; SALVADOR, F. G. F; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>>. Acesso em 25/04/2015.

MELO, M. C. P. et al. Atuação da enfermeira no pré-natal: uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde. **Enciclopédia Biosfera, Centro**

Científico Conhecer. Goiânia, v.6, n. 10, p. 1-18, 2010. Disponível em: <www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/atuacao.pdf>. Acesso em: 20/04/2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720080000400018>. Acesso em: 25/04/2015.

MIRANDA, L. C. V. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência. **Revista de Enfermagem.** Recife, v.7, n.1, p.295-301, 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3117/5525> . Acesso em: 04/04/2015.

MONTENEGRO, C. A.B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende, Obstetrícia Fundamental.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare enferm.** Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 250-255, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17855/11650>>. Acesso em: 07/11/2015.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em: 07/11/2015.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 42, n.4, p. 643-648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>> . Acesso em: 18/05/2015.

NERY, T. A.; TOCANTINS, F. R. O Enfermeiro e a Consulta Pré- Natal: O Significado da Ação de Assistir a Gestante. **Revista Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-92, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a14.pdf>>. Acesso em: 07/09/2015.

NETTINA, S. M. **Brunner, Prática de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

NOVO, J. L. V. G; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v.10, n.2, p. 209-217,2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a08v10n2.pdf>>. Acesso em: 07/11/2015.

OLIVEIRA, M. H. N et al. Fármacos cardiovasculares na gestação e amamentação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, v.93, n.6, p.1-9, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300006&ing=pt&nrm=iso&ting=pt>. Acesso em: 08/05/2015

REINERS, A .A. O. et al. Diagnósticos de Enfermagem em gestantes hipertensiva. **Revista Mineira de Enfermagem.** Minas Gerais, v. 13, n.2, p.232-237, 2009. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/184>. Acesso em: 30/04/2015.

ROMBALDI, A. R.; GALVAO, A. L. C.; GREZZANA, G. B. Anti-hipertensivos e diuréticos no ciclo gravídico-puerperal. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. São José, n.5, p. 1-4, 2005. Disponível em: <sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revist/2005/05/artigo13.pdf>. Acesso em: 08/05/2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 30/04/2015.

SEABRA, G. et al. Sobre peso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 33, n.11, p.348-353, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a05v33n11.pdf>. Acesso em 07/09/2015.

SECUNDO, F. F. et al. Toxemia Gravídica na Adolescência. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Ceará, v. 33, n. 4, p. 595-604, 2009. Disponível em: <inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/291/pdf_104>. Acesso em: 04/04/2015.

SOUZA, V. F. F.; DUBIELA, A.; SERRAO JUNIOR, N. F. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclâmpsia. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 23, n. 4, p. 663-672, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/fm/v23n4/a16v23n4.pdf>. Acesso em: 03/04/2015.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHAES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista Científica: e-Scientia**. Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010. Disponível em: <revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166/96>. Acesso em: 04/04/2015.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, esp., p. 255-262, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>. Acesso em: 04/04/2015.

ZIEGEL, E. E. ; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.