

Artigo de Revisão

## SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: ESTRATÉGIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### HYPERTENSIVE SYNDROMES DURING THE GESTATION PERIOD: STRATEGIES AND NURSING CARE

#### RESUMO

Magda Vieira Peixoto<sup>1</sup>  
Michelle Dutra Martinez<sup>1</sup>  
Norma Sueli Braga Valle<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Faculdade do Futuro

A gestação é um processo natural que envolve mudanças fisiológicas complexas. Múltiplos desafios podem evoluir durante esse período, como as síndromes hipertensivas, que se dividem em pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome Hellp. Pré-eclâmpsia é a hipertensão com proteinúria e/ou edema patológico, leve a moderada. Eclâmpsia é a proteinúria e/ou edema patológico acompanhados de crises convulsivas. Síndrome Hellp é a forma agravante da pré-eclâmpsia, com hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetas baixas (plaquetopenia). O objetivo do estudo foi identificar uma estratégia que aborde os cuidados de enfermagem referentes às síndromes hipertensivas da gestação e provocar uma reflexão da atuação do enfermeiro dentro da equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) na assistência prestada à gestante de alto risco. Tais objetivos foram alcançados por meio da revisão da literatura. Considera-se como hipertensão arterial, na gravidez, a constatação de uma PA de no mínimo 140/90 mmHg, com proteinúria significativa. A pré-eclâmpsia/eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, podendo afetar vários órgãos e caracteriza-se, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, edema e proteinúria. 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.

**Palavras-chave:** assistência de enfermagem, doença hipertensiva específica da gestação, complicações

#### ABSTRACT

Gestation is a natural process that involves complex physiological changes. Many challenges may arise from this period, such as hypertensive syndromes, that is divided in

preeclampsia, eclampsia and Hellp syndrome. Preeclampsia is a hypertension with proteinuria and/or pathological edema, mild to moderate. Eclampsia is the proteinuria and/or pathological edema accompanied of convulsive crisis. Hellp syndrome is a severe form of the preeclampsia, with hemolysis, increase of hepatic enzymes and low platelet (thrombocytopenia). This work aims at identifying a strategy to approach the nursing care referent to hypertensive syndromes of pregnancy and at promoting a reflection of the nurse's actuation, inside the PSF team (Family Health Program), in the assistance offered to high risk pregnant. Such objectives were reached through literature review. It is considered arterial hypertension, during pregnancy, an AP of at least 140/90 mmHg, with significant proteinuria. The preeclampsia/eclampsia occurs generally after the 20<sup>th</sup> gestation week and can affect several organs. It is characterized by the gradual development of hypertension, edema and proteinuria. The etiology of the hypertensive illness specific from pregnancy is related to extrinsic factors: race, age, social-economic level, obesity and arterial hypertension, mainly in nephropathic. It is also related to intrinsic or obstetric factors: primiparity, gestations with greater placental mass, uterine over-distension and advanced ectopic pregnancy. The nurse's technical and scientific enhancement, acquired in a reflexive manner, can contribute significantly to the support offered to these pregnant inside a multidisciplinary team and, consequently, reach equilibrium and well-being, both maternal and fetal, in the diagnostic and therapeutical procedures.

**Key-words:** nursing assistance, hypertensive illness specific from pregnancy, complications

## INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), de acordo com Cintra (2001), é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, sendo mais freqüente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo culminar com convulsões e coma. Para o Ministério da Saúde (Brasil 2000; Brasil 2005), a Pré-eclâmpsia pode ocorrer anteriormente à vigésima semana de gravidez, na moléstia trofoblástica gestacional, sendo, predominantemente, uma patologia de primigesta. A doença, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

A DHEG, conforme afirma Rezende (2005), pode apresentar evolução distinta. *Pré-eclâmpsia* – quando aparece apenas hipertensão, edema e/ou proteinúria. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes

hipertensivas. *Hipertensão Arterial* é a elevação da pressão para números acima dos valores considerados normais. Define-se hipertensão, na gravidez, quando há um aumento, na PA sistólica, superior a 30 mmHg; e/ou na PA diastólica, superior a 15 mmHg, do valor normal da cliente, conhecido previamente, confirmado após duas medidas, com intervalos de, no mínimo, 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. A proteinúria é a presença de 300 mg ou mais de proteínas na urina em uma coleção de 24 horas. O edema, quando existente, pode ser localizado ou generalizado. Além desses sintomas, também pode ocorrer oligúria: diurese inferior a 400 ml por dia, cefaléia, dor epigástrica, cianose ou edema pulmonar confirmado, dor no hipocôndrio direito (rotura da cápsula de Glisson), trombocitopenia grave (plaquetas abaixo de 100.000/mm<sup>3</sup>), anemia hemolítica microangiopática: (hemólise, icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas), e crescimento intra-uterino retardado (CIUR ou RCIU). *Eclâmpsia* é o aparecimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério. A iminência de *eclâmpsia* é caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrico e hipocôndrio direito. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão, que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional), permanece desconhecida (Ziegel e Cranley 2004).

O objetivo do estudo foi 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 PSF (Programa de Saúde da Família), na assistência prestada às gestantes de alto risco.

Para a realização do estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica descritiva. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los. Nessa pesquisa bibliográfica, procurou-se explicar um problema a partir de referências teóricas. Esse tipo de estudo, pode ser realizado independentemente ou como parte de pesquisa descritiva ou experimental, em contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre determinado assunto, tema ou problema (Cervo e Bervian 2002).

## Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é a doença que mais freqüentemente complica a gravidez, presente em 5 a 10 % das gestantes, sendo responsável pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Trata-se de uma patologia clínica que, junto com infecções e hemorragias, forma a tríade responsável por grande obituário materno e fetal. Considera-se como hipertensão arterial, na gravidez, a constatação de uma PA sistólica, de pelo menos, 140 mmHg; e PA diastólica, de pelo menos, 90 mmHg. Também é considerada hipertensão arterial a elevação de 30 mmHg ou mais nos níveis habituais de pressão arterial sistólica e elevação de 15 mmHg ou mais nos níveis habituais de pressão arterial diastólica (Duncan 2004).

Sabe-se que na gestação, mesmo havendo alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes, o organismo feminino se mantém em equilíbrio dinâmico, por mecanismos compensatórios. Contudo, o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue, e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade materno-fetal (Baxley *et al.* 2001).

## História Clínica

A primeira etapa no rastreamento é avaliar o risco de pré-eclâmpsia, mediante anamnese cuidadosa. Os fatores que aumentam esse risco incluem primiparidade, primeira gravidez com um novo parceiro, história de pré-eclâmpsia em um parente próximo, pré-eclâmpsia de início precoce em gravidez anterior, hipertensão crônica, diabetes e gestações múltiplas. Embora seja útil para ajudar a determinar o nível apropriado de atenção pré-natal, nenhum desses fatores é muito específico ou sensível.

O diagnóstico de hipertensão é feito apenas quando a pressão arterial ultrapassa um limite predefinido. Muitas gestações desenvolvem-se normalmente, apesar da pressão arterial elevada. Isso indica que são mantidos fluxos sanguíneos útero-placentários adequados para os órgãos maternos. Certo grau de hipertensão pode ser benéfico, uma vez que mantém pressões de perfusão na presença de resistência vascular elevada (Febrasgo 2007).

## Síndrome hipertensiva

Considera-se como hipertensão arterial, na gravidez, a constatação de uma PA de no mínimo 140/90 mmHg. Como proteinúria significativa, entende-se a perda de 300 mg ou mais de proteínas em uma coleção de urina de 24 horas, ou um índice de proteinúria/creatinúria maior ou igual a 0,5 g/l.

## Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia geralmente ocorre após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, classicamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Duas formas de hipertensão podem complicar a gestação: *hipertensão preexistente* (crônica) - mulheres com hipertensão arterial pregressa, por mais de quatro anos, têm aumento do risco de desenvolverem pré-eclâmpsia de cerca de 25%; e *hipertensão induzida pela gestação* (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), que pode ocorrer isoladamente ou de forma associada (Freitas 1997).

Diferenciar uma hipertensão preexistente da pré-eclâmpsia - síndrome específica da gestação, com vasoconstrição exagerada e perfusão de órgão reduzida - é tarefa importante da equipe de atenção no pré-natal. A proteinúria é a concentração de proteína na urina, maior que 300mg, em 24 horas; ou uma concentração de 1 grama/litro em, pelo menos, duas coletas urinárias, com intervalo igual ou superior a seis horas. O edema generalizado (na face e mãos) e pronunciado dá suporte ao diagnóstico de pré-eclâmpsia. O aumento de peso é visto como sinal de retenção de fluidos e pode ser considerado como evidência de pré-eclâmpsia. Essa é a maior causa de morte em grávidas, de óbitos perinatais e aumento do número de neonatos com seqüelas, quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (Martins *et al.* 2003; Pedrosa e Oliveira 2007).

## Sinais e sintomas

PA maior ou igual a 160 x 110 mmHg, ou com qualquer cifra tensional e um ou mais dos sinais e sintomas abaixo relacionados são sinais premunitórios de *Eclampsia*. Sintomas: dor de cabeça importante (cefaléia), vômitos, visualização de escotomas e borramento de visão; sinais de falência cardíaca (falta de ar, cansaço,

aumento do número de batimentos cardíacos); dor abdominal, principalmente sobre a região do fígado.

*Síndrome de HELLP.* Caracterizada por proteinúria maior que 300 mg em 24 horas, creatinina sérica elevada, oligúria, edema pulmonar, cianose, hemólise microangiopática, trombocitopenia (diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação), disfunção hepatocelular, crescimento intra-uterino restrito ou oligoâmnio (diminuição do líquido amniótico na cavidade amniótica na gestação).

Atenção para a diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação, para o aumento de enzimas hepáticas, para a presença de líquido amniótico em quantidade diminuída, e feto pequeno para a idade gestacional (menor do que o esperado).

### **Eclampsia**

Trata-se de crise convulsiva de características tônico-clônicas, que pode aparecer em gestantes ou puérperas, sendo precedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclâmpsia: cefaléia, diplopia, dor em hipocôndrio direito e agitação psicomotora. É uma complicação que pode ser prevenida. Acomete o último trimestre e/ou puerpério imediato, com raros episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio.

### **Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada**

É a presença de pré-eclâmpsia na gestação, em mulher com hipertensão arterial crônica (há mais de quatro anos). Apresentando proteinúria 20 semanas antes da gestação, com súbito aumento de duas a três vezes na proteinúria; um novo quadro de proteinúria após 20 semanas de gestação; súbito aumento de pressão arterial; trombocitopenia; TGO e TGP elevados.

### **Hipertensão transitória**

De diagnóstico retrospectivo, a pressão arterial volta ao normal cerca de 12 semanas após o parto. Pode ocorrer nas gestações subseqüentes e prediz hipertensão arterial primária futura. É importante considerar a presença de outros

fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e outras co-morbidades. O valor mais alto da sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação de estágio (Quadro 1).

**Quadro 1 - Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial.**

<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>	<b>Classificação</b>
< 120	< 80	Ótima
< 130	< 85	Normal
130 - 139	85 – 89	Limítrofe
<b>Hipertensão arterial</b>		
<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>	<b>Classificação</b>
140 – 159	90 – 99	Estágio 1 (leve)
160 – 179	100 – 109	Estágio 2 (moderada)
≥ 180	≥ 110	Estágio 3 (grave)
≥ 140	< 90	Hipertensão sistólica isolada

### **Hipertensão crônica durante a gestação**

Mulheres com estágio 1 de hipertensão arterial têm baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas a somente modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica. 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. Os exercícios aeróbicos devem ser restritos, com base nos conhecimentos teóricos de que o fluxo placentário inadequado pode aumentar o risco de pré-eclâmpsia, e a redução de peso pode não ser observada, mesmo em gestantes obesas.

Embora os dados sejam esparsos e não concludentes, 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. Uso de álcool e de cigarro deve ser fortemente desencorajado durante a gestação.

### **Síndrome HELLP**

É caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (diminuição do número de plaquetas no sangue). É uma variante da pré-eclâmpsia grave.

### **Sistematização dos cuidados de enfermagem**

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, legitimada pela lei do exercício profissional, em 1986, no artigo 11º, inciso 1, letra I e inciso II, letras g, h e i do COFEN (1986), encontra um grande campo de utilização em ginecologia e obstetrícia, tendo em vista que a mulher, da sua adolescência à senectude, constitui um vasto contingente populacional, que demanda orientação, avaliação constante e periódica de sua saúde nessa área, visando à promoção e à prevenção da mesma.

A consulta de enfermagem em ginecologia e obstetrícia pode apresentar um alto grau de resolutividade, tendo em vista o artigo 11º, inciso II do COFEN (1986), normatizada pela resolução C, que autoriza o enfermeiro a prescrever medicamentos, com base em dois condicionantes: aqueles medicamentos estabelecidos em programa de saúde pública, ou aqueles estabelecidos em rotina aprovada pela instituição de saúde.

### **Proposta de intervenção do enfermeiro para gestante com DHEG**

- Estabelecer um vínculo de confiabilidade entre a gestante e o enfermeiro.
- Oferecer um atendimento de qualidade, com recursos que a referência não ofereceu.
- Facilitar acesso aos exames, dando prioridade a essa gestante.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação (quando possível, devido interação medicamentosa), vacinação, preparo para o parto e puerpério.

- Realizar atividades com grupos de gestantes semanais e/ou quinzenais, reforçando a importância da participação das mesmas; abordando assuntos, como aleitamento materno, medicações, vacinação, alimentação (*evitar gordura e frituras, restringir uso de sal, orientar quanto a importância de uma dieta balanceada com todos os nutrientes, vitaminas e sais minerais*), auto-cuidado (*repouso com as pernas elevadas, uso de sapatos de saltos baixos e confortáveis, roupas leves e folgadas, calcinhas de algodão com sustentação para evitar outras complicações, meias elásticas indicadas para gestante, cuidados com os seios*) e esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir.
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta.
- Orientar a gestante quanto aos sinais e aos sintomas que possam surgir durante a gravidez, e que providências tomar.
- Fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da PA, diariamente, na UBS.
- Realizar visitas domiciliares, reforçando o vínculo estabelecido entre a gestante e a UBS, sendo de caráter integral e abrangente sobre a gestante, família e o contexto social (Tabela 1).
- Periodicidade da visita domiciliar: auxiliar de enfermagem ou técnico, de 5 em 5 dias; agente comunitário de saúde (ACS), de 2 em 2 dias; enfermeiro(a), de 10 em 10 dias. Isso pode ser modificado de acordo com a demanda de cada PSF, não devendo ser inferior ao proposto acima.
- 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.
- Orientar quanto à necessidade da coleta de exame citopatológico após o término da assistência pré-natal (42 dias após o parto) (Baxley 2001; Enkin *et al.* 2005).
- As orientações são resumidas nos quadros 2 e 3.

**Tabela 1** - Interpretação dos achados e condutas do enfermeiro à gestante de alto risco na realização da visita domiciliar.

ACHADOS	CONDUTA
Cefaléia + edema generalizado + PA alterada (acima de 20 mmHg)	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
Edema discreto + PA alterada (acima de 20 mmHg)	Reforçar orientação quanto à dieta, elevação de membros inferiores, marcar consulta com o obstetra da referência e verificar uso da medicação
Escotomas + vômitos	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
PA alterada (acima de 20 mmHg) + perda de consciência	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
Cefaléia + escotomas + vômito + perda de consciência	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
Vômito + PA elevada	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
Convulsão	Prestar primeiros socorros e encaminhar para a maternidade a critério de emergência
Sinais de falência cardíaca (falta de ar, cansaço, aumento do número de batimentos cardíacos)	Encaminhar para maternidade, a critério de emergência
Dor abdominal (principalmente sobre a região do fígado)	Orientar repouso e marcar consulta com o obstetra (referência) a critério de urgência

Atendimento de emergência → qualquer condição que necessite de intervenção imediata. Não pode esperar.

Atendimento de urgência → qualquer condição que necessite de intervenção mediata. Pode esperar até 24 horas.

**Quadro 2** - Roteiro da Primeira Consulta.

<p><b>História clínica</b> (Observar cartão da gestante)</p> <p><b>Identificação:</b> nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência.</p> <p><b>Dados sócio-econômicos:</b> grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil, número e idade de dependentes: (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico), renda familiar, condições de moradia (nº de cômodos), condições de saneamento, distância da residência até a unidade de saúde.</p> <p><b>Antecedentes familiares:</b> hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama e/ou do colo uterino, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco doença de chagas, parceiro sexual portador de infecção pelo HIV).</p> <p><b>Antecedentes pessoais:</b> hipertensão arterial crônica, cardiopatias, inclusive doença de chagas, diabetes mellitus, doenças dos rins crônicas, anemias, distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade), epilepsia, doenças da tireóide e outras endocrinopatias, malária, viroses (rubéola, hepatite), alergias, hanseníase,</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

tuberculose ou outras doenças infecciosas, portadora de infecção pelo HIV (em uso de retro-virais? quais?), infecção urinária, doenças neurológicas e psiquiátricas, cirurgias (tipo e data), transfusões de sangue.

**Antecedentes ginecológicos:** ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade), uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono), infertilidade e esterilidade (tratamento), doenças sexualmente transmissíveis (tratamento realizado, inclusive pelo parceiro), doença inflamatória pélvica, cirurgias ginecológicas (idade e motivo), mamas (alteração e tratamento), última colpocitologia oncólica (papanicolau ou preventivo, data e resultado).

**Sexualidade:** início da atividade sexual (idade da primeira relação), dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual), prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores, número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa, uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? Uso habitual?)

**Antecedentes obstétricos:** número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme), número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações), número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento), número de filhos vivos, idade na primeira gestação, intervalo entre as gestações (em meses, isoimunização, número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37<sup>a</sup> semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação), número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4000g. Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos), mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos), natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu), recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsangüíneo-transfusões, intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar), complicações nos puerpérios (descrever, história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

**Gestação atual:** data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação, peso prévio e altura, sinais e sintomas na gestação em curso, hábitos alimentares, medicamentos usados na gestação, internação durante esta gestação, hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas, ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse), aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.

### **Exame físico**

**Geral:** determinação do peso e da altura; medida da PA; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar; ausculta cardiopulmonar, determinação da frequência cardíaca; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema.

**Específico (gineco-obstétrico):** exame de mamas (orientar quanto ao aleitamento materno principalmente se for adolescente). Se portadora de HIV/HTLV, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição da fórmula infantil; palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais; inspeção dos genitais externos; exame especular: inspeção das paredes vaginais, do conteúdo

vaginal e do colo uterino; coleta de material par exame colpocitológico (preventivo de câncer), se houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento; toque vaginal, o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

### Quadro 3 - Exames Complementares.

Na primeira consulta, solicitar: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), grupo sangüíneo e fator Rh, sorologia para sífilis VDRL): repetir próximo à 30ª semana, glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana, exame sumário de urina (tipo I): repetir próximo à 30ª semana, sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”, sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30ª semana de gestação), sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG quando houver disponibilidade para realização), citomegalovirus, anti-HCV, anti-HBC.

Outros exames podem ser acrescidos a esta rotina mínima em algumas situações especiais: **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda; **colpocitologia oncótica** (papanicolau), se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação; **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedentes de prematuridade; **sorologia** para rubéola; **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**, em que exista disponibilidade para esse exame; **ultra-sonografia obstétrica** realizada precocemente durante a gestação nas unidades já estruturadas para isso, com o exame disponível.

**OBS:** Urocultura torna-se um exame de rotina em presença de infecção de urina detectada em EAS.

O teste de “Roll-over” é uma prova clínica bem simples, realizada no ambulatório de pré-natal: gestantes, entre a 28ª e a 32ª semana de gravidez, são colocadas em decúbito lateral esquerdo, e a PA é mensurada no braço direito, até se encontrar valor estável. A seguir, a PA é novamente mensurada, com a paciente em decúbito dorsal. Um aumento maior ou igual a 20 mmHg define teste positivo. Isso representa 76% dos casos - as pacientes desenvolvem hipertensão no final da gravidez. Fica a cargo do obstetra a infusão da angiotensina como segundo teste (as gestantes que permanecerem normotensas durante a infusão, são resistentes ao efeito pressor da angiotensina e continuarão normotensas até o final da gestação).

A ação mais importante evidencia-se eficaz em atitudes prematuras, levando-se em conta que o processo é crônico e atinge gestante e concepto várias semanas

antes da apresentação da sintomatologia. Com base nessa informação, tenta-se identificar, no pré-natal, aquelas pacientes que têm maior possibilidade de desenvolver, no decurso da gravidez, esse quadro hipertensivo. Existem duas possibilidades de detecção prematura desse quadro: no primeiro momento, a enfermagem pode atuar e encaminhar a gestante para o segundo, que é uma conduta da obstetrícia (Einkin *et al.* 2005).

### Medicações de Intervenção

Droga de escolha: hidralazina, labetalol, nifedipina e sulfato de magnésio, metildopa embora tenha a desvantagem de um início de ação relativamente lento (cerca de quatro horas). Inibidores da Enzima Conversora da angiotensina (ECA): Captopril, Enalapril e outros estão proscritos na gestação por estarem associados com morte fetal e más formações fetais (Quadro 4).

#### Quadro 4 - Amamentação e Interação Medicamentosa.

**Uso potencialmente seguro em doses habituais:** Ácidos Mefenâmico e Flufenâmico. Diclofenaco, Piroxicam, Naproxeno, Cetoprofeno, Ibuprofeno, Colchicina, Paracetamol, Dipirona. **Benzodiazepínicos:** Oxazepam e Lorazepam. **Anticonvulsivantes:** Carbamazepina, Ácido Valpróico. Clomipramina, Adrenalina, Insulina, Tiroxina. Antiácidos. Cimetidina, Ranitidina, Famotidina. Cisaprida, Metoclopramida, Bromoprida, Alisaprida, Domperidona. **Anti-histamínicos:** preferir Loratadina. **Antivirais:** Aciclovir, Idoxuridine. **Antimicóticos:** Miconazol, Nistatina, Fluconazol, Clotrimazol, Anfotericina B, Griseofulvina. Anti-helmínticos. Antiesquistossomóticos. Pentamina, Antimoniato de Meglumina. Descongestionantes. **Mucolíticos:** exceto Iodetos. **Anticoncepcionais:** Progesterona (microdosagem), Espermatocidas. **Escabicidas:** exceto Lindano e Monossulfiran.

**Uso de curta duração:** Morfina, Codeína, Petidina, Salicilatos. Penicilinas, Ampicilina, Amoxicilina, Carbenicilina, Oxacilina, Cefalosporinas, Aminoglicosídeos, Aztreonam, Teicoplanina, Vancomicina, Eritromicina, Azitromicina, Claritromicina, Lincomicina, Tetraciclina, Rifampicina. Tuberculostáticos.

**Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais**

Broncodilatadores Orais e Inalados.  
 Heparina, Warfarin, Dicumarol.  
 Betabloqueadores: *preferir Propanolol, Labetolol.* Digitálicos.  
 Bloqueadores de Canais de Cálcio: *Nifedipina, Verapamil.*  
 Anti-hipertensivos: *Metildopa, Captopril, Hidralazina.* Diuréticos.  
 Lidocaína. Laxativos. Vitaminas. Imunoglobulinas. Vacinas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo problema obstétrico fundamenta-se em alguns aspectos relevantes como a dificuldade de detecção de sua etiologia; a identificação precoce; a profilaxia das formas graves da doença; a comprovação de que se trata de doença crônica e que acomete a placenta e o feto semanas antes do aparecimento da sintomatologia clínica. As pacientes sabidamente hipertensas, ou aquelas em que se constata níveis tensoriais elevados desde o início da gestação, podem desenvolver um quadro de DHEG. São gestantes com mau prognóstico para si e para o feto. O que mais freqüentemente se observa é o agravamento progressivo da elevação da pressão.

No intuito de diagnosticar e minimizar as complicações decorrentes da doença hipertensiva específica da gravidez e reduzir os elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal verificadas no Brasil, torna-se relevante refletir sobre as ações em saúde e avaliar a qualidade da assistência prestada através dos indicadores de saúde. O enfermeiro é imprescindível na implementação de um cuidado mais especializado, com o intuito de individualizar a assistência, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde dessas gestantes, através de estratégias e protocolos específicos (Barros 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS S. M. O. de. (Organizadora). Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Manole: São Paulo, 2006.
- BAXLEY E. G. Advanced Life Support in Obstetrics. Advisory Board, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 3. ed. Brasília; 2000.
- CERVO A. L.; BERVIAN P. A. Metodologia Científica. 5ª Edição, São Paulo, 2002.
- CINTRA E. de A.; NISHIDE V. M.; NUNES W. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. 2ª edição. Atheneu, São Paulo: 2001.
- COFEN. Lei 7498: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União 26/06/1986.

- DUNCAN B. B. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção Primária. 3ª edição. Artes Médicas, Porto Alegre: 2004.
- ENKIN M. W.; KEIRSE M. J. N. C.; NEILSON J. P.; CROWTHER C. A.; DULEY L.; HODNETT E. D.; HOFMEYR G. J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto: rastreamento da pré-eclâmpsia, p.39 a 42, 3ª edição, Rio de Janeiro, 2005.
- FEBRASGO. Assistência Pré-Natal: manual de orientação [S.D] p.72 a 85, Acesso 2007.
- FREITAS P. B. C. O feto no conceito clínico de pré-eclâmpsia. Rev. Bras Hipertensão v. 4, p.154-157, 1997
- MARTINS C. A.; REZENDE L. P. R.; VINHAS D. C. S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. Revista 49 Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1 p.49 - 55 2003. <http://www.fen.ufg.br/Revista> (acessado em 28/Abr/2007).
- PEDROSA Ê. R. P.; OLIVEIRA R. G. de. Black Book. Edição 2007. Belo Horizonte, 2007.
- REZENDE J. Obstetrícia. 10ª edição. Guanabara Koogan; RJ. 2005.
- ZIEGEL E. E.; CRANLEY S. M. Enfermagem Obstétrica. Oitava edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2004.