



**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**  
**FERNANDA MOTA DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO E O**  
**ENFERMEIRO COMO CUIDADOR**

**Conceição do Coité-BA**  
**2022**

**FERNANDA MOTA DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO E O  
ENFERMEIRO COMO CUIDADOR**

Artigo apresentado à Faculdade da Região  
Sisaleira como requisito para obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Lívia Carine  
Rodrigues de Souza

Ficha Catalográfica elaborada por:  
Carmen Lúcia Santiago de Queiroz – Bibliotecária  
CRB: 5/1222

O41 Oliveira, Fernanda Mota de  
Principais doenças hipertensivas específicas da  
gestação e o enfermeiro como cuidador/Fernanda  
Mota de Oliveira. – Conceição do Coité: FARESI,  
2022.  
17f.;il.

Orientadora: Prof. Lívia Carine Rodrigues de  
Souza.

Artigo científico (bacharel) em Enfermagem –  
Faculdade da Região Sisaleira (FARESI). Conceição  
do Coité, 2022.

1 Enfermagem 2 Hipertensão Gestacional 3 Pré-  
eclâmpsia e Eclampsia. Gestação de Alto risco.

I Faculdade da Região Sisaleira – FARESI. II  
Souza, Lívia Carine Rodrigues de

CDD: 618.75

# PRINCIPAIS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO E O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR

Fernanda Mota de Oliveira<sup>1</sup>

Lívia Carine Rodrigues de Souza<sup>2</sup>

## RESUMO

A gravidez consiste em um processo fisiológico marcado por diversas modificações hormonais, metabólicas e físicas. Durante o período gravídico é esperado que a gestante passe por essas transformações sem nenhuma complicação para o feto e a genitora, porém algumas condições patológicas podem afeta-las. Dentre essas, destaca-se as doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG) definida pelo aparecimento em gestantes normotensas após a vigésima semana de gestação com aparecimento de hipertensão  $\geq 140 \times 90$  mmHg e proteinúria. As DHEG representam uma das causas principais de óbitos materno e são divididas em: pré-eclâmpsia e eclâmpsia, síndrome de hellp, hipertensão gestacional, hipertensão crônica e hipertensão sobreposta a pré-eclâmpsia. Dentre essas apresentadas a pré-eclâmpsia merece atenção vigorosa devido suas altas taxas de mortalidade maternal e perinatal. O objetivo desta pesquisa é descrever as principais complicações das doenças hipertensivas específicas da gestação e analisar o papel do enfermeiro á frente a essa patologia durante o pré-natal, parto e puerpério. O trabalho trata-se de revisão bibliográfica com busca e análise de artigos em idiomas português, inglês e espanhol e traduzida para língua portuguesa onde foram escolhidos artigos que se destaca com o tema apresentado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Gestacional. Pré-eclâmpsia e Eclampsia. Gestação de Alto risco.

## ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process marked by several hormonal, metabolic and physical changes. During the pregnancy period, the pregnant woman is expected to undergo these transformations without any complications for the fetus and the mother, but some pathological conditions can affect them. Among these, there is the Specific Hypertensive Disease of Pregnancy (DHEG) defined by the appearance in normotensive pregnant women after the twentieth week of gestation with the appearance of hypertension  $\geq 140 \times 90$  mmHg and proteinuria. DHEG represents one of the main causes of maternal death and is divided into: Preeclampsia and eclampsia, Hellp Syndrome, Gestational Hypertension, Chronic Hypertension and Hypertension superimposed on preeclampsia. Among those presented, preeclampsia deserves vigorous attention due to its high rates of maternal and perinatal mortality. The objective of this research is to describe the main complications of specific hypertensive

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade da Região Sisaleira. E-mail: fernandamotta32@outlook.com

<sup>2</sup> Professora orientadora. Docente da Faculdade da Região Sisaleira. E-mail: liviapontoenfermeira1985@gmail.com

diseases of pregnancy and to analyze the role of nurses in the face of hypertensive diseases in pregnancy during prenatal care, childbirth and puerperium. The work is a literature review with search and analysis of articles in Portuguese, English and Spanish and translated into Portuguese where articles that stand out with the presented theme were chosen.

**KEYWORDS:** Gestational Hypertension. Preeclampsia and Eclampsia. High risk pregnancy.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez consiste em processo fisiológico marcada por modificações hormonais, metabólicas e físicas que se iniciam desde as fases de nidação até o período do nascimento e lactação (SOUZA, 2016). Durante o período gravídico é comum que as gestantes evoluam sem nenhuma intercorrência, entretanto algumas podem apresentar maior probabilidade de desenvolver complicações neste período, caracterizando gestação de alto risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Porath *et al.* (2020) enfatizam que gestação de risco é qualquer gravidez que implica riscos à saúde da mãe e do feto, incluindo distúrbios obstétricos, como complicação no trabalho de parto, alterações fetais e doenças clínicas maternas como, diabetes gestacional e doenças hipertensiva específica da gestação (DHEG).

Dentre as principais complicações gestacionais que podem ocorrer durante o período gravídico, as DHEG merecem destaque e atenção vigorosa por ser uma patologia específica da mulher no período gestacional representando uma das causas principais de óbitos materno (SOUZA, 2016). Sendo uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade maternal e perinatal no Brasil, cerca de 5% a 10% das gestações são acometidas com síndrome hipertensiva, representando 20% da mortalidade materna e a maior causa de prematuridade, ocupando o primeiro lugar dentre as doenças gestacional (SILVA *et al.*, 2018).

Conceituada como uma desordem multissistêmica devido a sua implicação em diversos órgãos alvos, é definida com aparecimento em gestantes normotensas que apresentam níveis de hipertensão arterial sistólica ( $\geq 140$  mmHg) e diastólica ( $\geq 90$  mmHg) e/ou com presença de proteinúria significativa após a vigésima semana de gestação com desaparecimento até a décima segunda semana após o parto (KAHHALE *et al.*, 2018).

Sua etiologia ainda não está completamente esclarecida, sendo uma doença idiopática (SILVA *et al.*, 2018). Segundo Souza (2016) sua patogenia pode ser de origem imunológica que provoca uma implantação placentária anormal, já Kahhale *et al.* (2018) pressupõe que há um aumento da reatividade e permeabilidade vascular e ativação da coagulação que ocasiona danos principalmente no endotélio vascular, rins, sistema nervoso central, fígado, e placenta causando problemas em múltiplos órgãos.

A DHEG é caracterizada pela presença de hipertensão e proteinúria, a ausência de proteinúria é caracterizada como hipertensão gestacional (SOUZA, 2016). Identificada como um distúrbio hipertensivo, o aumento da pressão arterial no período gravídico é induzido pela gestação que, após sua vigésima semana, apresenta ausência de proteinúria ou manifestação de outros sinais e sintomas correlacionados à pré-eclâmpsia. Trata-se de um diagnóstico temporário de gestantes que não inclui os critérios de pré-eclâmpsia, podendo evoluir para quadros mais complexos como eclâmpsia e síndrome de hellp (PERAÇOLI *et al.*, 2020).

Sabe-se que a gravidez pode induzir o aumento da PA em mulheres previamente normotensa ou agravar uma hipertensão pré-existente, denominando hipertensão crônica. A presença de hipertensão crônica é comum em mulheres que já apresentam níveis alterados antes da gravidez não associada a presença de proteinúria, podendo evoluir para pré-eclâmpsia ou eclâmpsia se não tiver um controle da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Segundo a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016), a DHEG é classificada nas seguintes categorias: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de hellp, pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica, hipertensão crônica e hipertensão gestacional. Essas classificações são importantes para diagnóstico e condutas que devem ser tomadas durante o atendimento e realização do pré-natal (MOURA *et al.*, 2016).

A realização do pré-natal é fundamental para detecção dessa patologia, sendo assim o enfermeiro precisará estar atento aos sinais clínicos da DHEG, e realizar uma busca ativa. Devido ao impacto à saúde e a complexibilidade da patologia, o profissional precisa estar preparado para realizar um acompanhamento de pré-natal de alto risco. É preciso identificar os riscos e agravos da doença e direcionar a gestante para assistência em serviço de pré-natal especializado. (SILVA *et al.*, 2021). O principal objetivo do pré-natal para as doenças hipertensiva específica da gestação

(DHEG) é criar medidas preventivas para evitar o agravamento, o diagnóstico tardio pode ocasionar complicações fetais significativas como, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, óbito fetal intrauterino e morte materna. (JACOB *et al.*, 2021).

O presente trabalho tem como objetivo geral descrever as principais complicações das doenças hipertensivas específicas da gestação, e analisar o papel do enfermeiro frente das doenças hipertensiva na gestação durante o pré-natal, parto e puerpério.

A escolha do tema para elaboração do trabalho foi decidida durante o período de estágio acadêmico onde pude notar que muitas gestantes apresentam quadros de hipertensão gestacional.

## 1.1 METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa bibliográfica com busca e análise de artigos através dos bancos de dados eletrônicos, Scielo, Google acadêmico, revista de enfermagem, revista de medicina, pub med e os seguintes descritores: Gestação de alto risco, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão gestacional. Como critério de inclusão foram selecionados artigos e textos disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados recentemente no período de 2016 a 2022. Foram excluídos artigos que não fornece conteúdo da temática, artigos que não estão na íntegra, artigos que não estão dentro do tema proposto, artigos inferiores ao ano de 2016.

O trabalho bibliográfico é uma abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos para uma compreensão completa do problema analisado. Combina dados da literatura teórica, incorporando um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos. É um conjunto de multiplicidade que favorece a construção de estudos relevantes para formação científica (SOUZA *et al.*, 2018).

Após as análises dos artigos, procedeu-se a leitura na íntegra, buscando e colhendo informações necessárias para a construção do estudo, estabelecendo os critérios de inclusão e exclusão, avaliando e interpretando conteúdos incluídos, posteriormente.

## 2 DOENÇAS HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO E O PAPEL DO ENFERMEIRO

### 2.1 PRÉ-ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا

O impacto da pré-eclâmpسيا sobre a gestação é visto como uma preocupação mundial por representar uma importante causa de morbimortalidade maternal e perinatal, dados levantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que no Brasil o número de óbitos gestacionais causados pela PE é alarmante. (AMORIN *et al.*, 2017). Essa patologia é considerada a primeira causa de mortalidade materna afetando cerca de 5% a 8 % das gestantes (JACOB *et al.*, 2022). Segundo Souza (2016) trata-se de uma das complicações mais frequente na gestação de alto risco sendo considerada doença incurável durante a gestação, podendo evoluir para quadro mais complexos como eclâmpسيا e síndrome de hellp (SOUZA *et al.*, 2022).

A pré-eclâmpسيا é uma doença multifatorial e multissistêmica, especifica da gestação, cujo início é lento e insidioso (CAVALCANTE *et al.*, 2016). Enquanto a eclampsia consiste em uma desordem obstétrica hipertensiva com manifestação de convulsões tônico-clônicas generalizadas sem associação a epilepsia ou outra patologia convulsiva, seu quadro pode ocorrer durante a gravidez, ou até 48 horas pós parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). As crises convulsivas apresentam em quatro fases: invasão, contrações tônicas, contrações clônicas e coma (CARDOSO *et al.*, 2016). Para Moura *et al.* (2016) a eclampsia é uma complicação grave da gravidez, sendo uma manifestação grave da pré-eclâmpسيا.

Conforme o Caderno de atenção básica de alto risco (2022) a PE é subclassificada conforme a idade gestacional que foi feito o diagnóstico, podendo ser: Precoce (>34 semanas), tardia (≥34 semanas), pré-termo (<37 semanas) e termo (≥37 semanas).

A pré-eclâmpسيا e eclâmpسيا é vista pelo desenvolvimento de hipertensão em gestantes normotensas que apresenta níveis de hipertensão arterial sistólica (≥140 mmHg) e diastólica (≥90 mmHg) associada a proteinúria significativa e/ou edema, manifestando-se após a vigésima semana de gestação e desaparecendo até a décima segunda semana após o parto. A eclampsia diferencia-se uma da outra pela presença de convulsões tônico-clônicas (PERAÇOLI *et al.*, 2020). A manifestação clínica de edemas como fator de diagnóstico não é mais válida clinicamente. A existência do edema no período gravídico é comum devido ao aumento da vascularidade, embora



seja classificado na tríade sintomática como hipertensão, proteinúria e edema, não deve ser usado como critério de diagnóstico, pois sua detecção não é clinicamente útil. (MINISTERIO DA SAÚDE,2022).

Para Ministério da Saúde (2022), o diagnóstico de pré-eclâmpsia é realizado seguindo critérios de diagnósticos classificada como: leve quando a PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg em duas ocasiões com intervalo de 4h; grave com PA  $\geq 160 \times 110$  mmHg em duas ocasiões com intervalo de 30 minutos e proteinúria de 24h  $> 3g$ ; a presença de proteinúria pode ocasionar em disfunção progressiva da função renal aumentando a creatinina sérica em  $> 2mg/dL$ , podendo acarretar em perda de sua função. O diagnóstico da eclâmpsia nas maiores das vezes é realizado clinicamente, pela observação da convulsão tônico-clônica, sem associação a outras doenças convulsivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção dos órgãos alvos (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar iminência de eclampsia ou eclampsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplelevelocimetricas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Segundo Ministério da Saúde (2022), dentre as manifestações clínicas prevalentes do quadro da eclampsia, destacam-se a elevação da pressão arterial, oligúria, repercussões cerebrais e visuais, cianose central e/ ou periférica, elevação de enzimas hepáticas, presença de proteinúria, náuseas, vômitos, dor em região epigástrica, que irradia para membros superiores, cefaleia, alterações visuais, hiporreflexias, taquipneia, crises convulsivas e ansiedade (SILVA *et. al.*, 2019). Em algumas gestantes a doença pode evoluir de forma insidiosa (AMORIN *et. al.*, 2017).

Apesar de diversos estudos, a classificação dessa patologia, sua etiologia permanece desconhecida, o seu desconhecimento pode impedir que o enfermeiro atue de forma rápida na prevenção do desenvolvimento e no agravamento das suas manifestações (PARAÇOLI *et al.*, 2020). Redman e sargent desenvolveram duas teorias importantes para compreensão da fisiopatologia: estágio pré-clínico e clínico. Segundo Paraçoli *et al.* (2020) o estágio pré-clínico há uma alteração no desenvolvimento placentário e a insuficiência da circulação uterina provoca uma hipoxia no tecido placentário fazendo com que haja um estresse oxidativo e produção excessiva de fatores inflamatórios e antigênicos. No estágio clínico a disfunção placentária e os fatores liberados pela placenta lesam o endotélio sistemicamente e a

paciente manifesta clinicamente hipertensão arterial comprometendo os órgãos alvos. Para Souza *et al.* (2022) mulheres obesas ou com índice de massa corporal elevado (IMC >30 kg/m) apresentam maior risco de desenvolver essa patologia. Existem diversos fatores que podem aumentar o desenvolvimento para pré-eclâmpsia, que são: diabetes mellitus tipo II, gestação gemelar, histórico familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica e gestação hidatiforme (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Por ser uma doença multissistêmica que acomete gestantes, seu quadro pode evoluir com uma piora significativa dos órgãos acometidos. Entre as síndromes hipertensivas gestacionais, o enfermeiro precisa atentar-se aos primeiros sinais relacionados a pré-eclâmpsia e solicitar exames laboratoriais: hemograma, desidrogenase láctica (DHL), bilirrubinas totais, creatinina e transaminase oxalacética, essa doença pode ocorrer de forma isolada ou associada a patologias multifatoriais (MOURA *et al.*, 2016).

É fundamental o diagnóstico rápido e preciso dessa patologia. Nas consultas de pré-natal deve-se dar atenção ao ganho de peso ponderal principalmente de forma rápida e isolada, atentar as queixas correlacionadas aos sinais e sintomas da doença, como cefaleia, visão turva, macroglossia e dor epigástrica.

A prescrição do sulfato de magnésio é importante para tratamento da eclâmpsia, uma droga anticonvulsivante de primeira escolha para tratamento dessa doença, administrada em bomba de infusão, com a paciente em decúbito lateral esquerdo, para evitar a compressão aortocava pelo útero gravídico, afim de diminuir o risco de hipotensão arterial grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O tratamento indevido dessa patologia pode gerar um agravamento do seu quadro. (FREIRE *et al.*, 2019).

## 2.2 SÍNDROME DE HELLP

A Síndrome de Hellp é uma complicação multissistêmica da gravidez caracterizada pelo agravamento da pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, manifestada pela tríade sintomática: (H) hemólise, (EL) enzimas hepáticas elevadas e (LP) baixa contagem de plaquetas. Algumas gestantes desenvolvem apenas uma ou duas dessas características (PENICHE *et al.*, 2018).

O termo HELLP foi inicialmente utilizado por Louis Weinstein 9, em 1982, e baseou-se nas iniciais das palavras Hemolysis, Elevated

Liverfunctionstests e LowPlateletcounts, ou seja, hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (KAHALE *et al.*, 2018).

Estima-se que no mundo 0,1% a 0,9% das gestantes são diagnosticadas com essa patologia, segundo Souza *et al.* (2022) essa síndrome é considerada a mais graves das doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG) e esta correlacionada a pré-eclâmpsia na sua forma grave, e seu quadro clínico resulta em vários comprometimentos hepáticos, trombose, hemólise, plaquetopenia e alterações neurológicas. Vista como uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, seu quadro pode levar as complicações no desenvolvimento do feto, tais como, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e deslocamento da placenta. (KLEBS *et al.*, 2021). Para Kahhale *et al.* (2018) a evolução desta doença está interligada com o grande número de óbito materno e fetal e está relacionada em muitas vezes, na interrupção da gestação.

As manifestações clínicas da síndrome de hellp podem ser silenciosos ou imprecisas, sendo comuns os sintomas de náuseas, mal estar geral, dor epigástrica e cefaleia (KLEBS *et al.*, 2021).

Todas as gestantes com suspeita da pré-eclâmpsia devem ser submetidas a exames laboratoriais para avaliar se há alguma alteração que dê início a essa síndrome. No estágio inicial da doença apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminases e desidrogenase lactia podem está presentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A triagem laboratorial básica para gestantes com suspeita de síndrome hellp inclui os seguintes exames: hemograma, urinálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubinas, transaminases, USG obstétrica e abdominal, proteinúria de 24 horas (KREBS *et al.*, 2021). Martin em 1983 elaborou uma tabela da síndrome de hellp baseando-se na contagem de plaquetas, com intuito de classificar a gravidade da doença, quanto menor a quantidade de plaquetas, maior gravidade da patologia, sendo classificada em: classe I < 50.000 plaquetas/ $\mu$ L, classe II >50.000 e < 100.000 plaquetas/ $\mu$ L , classe III > 100.000 <150.000 plaquetas/ $\mu$ L (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2022). O risco de recorrência da síndrome hellp pode variar de 19% a 27% (SOUZA *et al.*,2020).

### 2.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PRÉ NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

A realização do pré-natal é de suma importância na prevenção da morbidade e mortalidade materna e perinatal (SOUZA *et al.*, 2020). A principal finalidade do pré-natal é assegurar o desenvolvimento gestacional garantindo o parto saudável sem impacto negativo a saúde da mãe e do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

As consultas de pré-natal são realizadas nas unidades básicas de saúde e classificadas como de alto e baixo risco. As gestações de alto risco são descritas pelo agravamento ou surgimento de doenças que podem colocar em risco a vida da mãe e do feto. (AZEVEDO *et al.*, 2020).

Segundo Souza (2016) somente a presença nas consultas de pré-natal não garante uma boa eficácia como medida preventiva das DHEG se o enfermeiro não prestar uma assistência qualificada e uma visão holística, sendo assim, necessita prestar um atendimento de alta qualidade com abordagem sindrômica, humanizado e com olhar clínico para identificar as gestantes que apresentam maior probabilidade de desenvolvimento da patologia. O enfermeiro responsável pela realização das consultas precisa estar qualificado e saber encaminhar as gestantes para acompanhamento especializado, orientá-las para uma qualidade de vida saudável, ressaltar as alterações fisiológicas e mentais que possam ocorrer durante o período gravídico (CARDOSO *et al.*, 2016).

Durante as consultas de pré-natal o enfermeiro precisa estar atento ao aumento repentino de peso ponderal das gestantes, avaliar o débito urinário, registrar o grau de edema e verificar de forma rigorosa a pressão arterial e manejo adequado da aferição e em caso de aumento brusco da PA é indicado fazer aferição em intervalo de 4h/4h e ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias, por isso o enfermeiro precisa realizar monitoração mais rigorosa da pressão e solicitar exames laboratoriais para avaliar se há algum comprometimento renal ou presença de proteinúria, encaminhar para consultas com nutricionista para prescrição de reeducação alimentar, principalmente com quadro de PA elevado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A aferição da pressão arterial deve ser realizada com 30 minutos após a chegada da paciente, a gestante deve estar sentada, com as pernas descruzadas posicionando o manguito em 13 cm, no membro superior direito, e mantendo-o elevado, na altura do coração. Para diagnóstico preciso é indicado que seja aferido mais que uma medida com intervalos de 4h/4h, devendo considerar a pressão

diastólica o quinto ruído de Korotkoff, correspondente ao desaparecimento da bulha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Gestantes diagnosticadas com algum quadro de DHEG e que apresentem sinal de gravidade como: síndrome de hellp, PA  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, em intervalos de 15 minutos, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, insuficiência renal e deslocamento prematuro da placenta devem ser internada para acompanhamento e redução de danos.

O enfermeiro responsável por essa gestante no âmbito hospitalar precisa entrar com o protocolo assistencial da DHEG, monitorizar os sinais vitais, e balanço hídrico, pacientes que faz uso de sulfato de magnésio é preciso uma monitorização vigorosa a cada 4 horas, avaliar a quantidade de diurese e frequência respiratória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A escolha da via de parto deve-se proporcionar a via mais segura para a gestante e o feto, nas DHEG o parto cesariano é mais frequente e praticado, a via de primeira escolha é vaginal para que possa diminuir sangramento e não colocar em risco a vida da genitora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Para o tratamento das DHEG é utilizado dois métodos, não farmacológico e farmacológico, para o tratamento não farmacológico recomenda-se reeducação alimentar, principalmente alimentos ricos em sódio, estudos comprovam que ingestão desses alimentos contribuiu para aumento da pressão arterial, e repouso domiciliar. O tratamento farmacológico é feito com anti-hipertensivos, a escolha do medicamento deve considerar os riscos e benefícios para mãe e o feto, sempre avaliando como fator principal os valores da pressão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os quadros a seguir mostra os agentes recomendados para tratamento da crise hipertensiva em gestantes, e anti-hipertensivos recomendado para uso durante a gestação seguindo protocolo da rede brasileira de estudos de hipertensão na gravidez.

Quadro 1- Tratamento para crise hipertensiva.

Hidralazina Ampola de 20 mg/mL	A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim obtém-se a concentração de 1 mg/mL. Dose inicial: 5 mg, via intravenosa Repetir, se necessário: 5 mg a cada 20 minutos Dose máxima: 30 mg
--------------------------------------	--

Nifedipino Comprimido de 10 mg	Dose inicial: 10 mg, via oral Repetir, se necessário: 10 mg a cada 20 a 30 minutos (via oral) Dose máxima: 30 mg
Nitroprussiato de sódio Ampola 50 mg/2 mL	A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL. Dose inicial: 0,5 mcg a 10 mcg/kg/min, infusão intravenosa contínua

Fonte: PERACOLI *et.al.*, (2020).

Quadro 2- Anti-hipertensivo recomendado durante a gestação.

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, $\alpha_2$ -agonistas	Metildopa Comprimidos de 250 mg e 500 mg	750 mg a 2.000 mg/dia 2 a 4 vezes/dia
	Clonidina Comprimidos de 0,1 mg e 0,2 mg	0,2 mg a 0,6 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard Comprimidos de 10 mg e 20 mg	20 mg a 120 mg/dia 1 a 3 vezes/dia
	Nifedipino de liberação rápida Comprimidos de 10 mg e 20 mg	20 mg a 60 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5 mg, 5 mg e 10 mg	5 mg a 20 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina Drágeas de 25 mg e 50 mg	50 mg a 150 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
$\beta$ -bloqueadores	Metoprolol Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	100 mg a 200 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
	Pindolol Comprimidos de 5 mg e 10 mg	10 mg a 30 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
	Carvedilol Comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg	12,5 mg a 50 mg/dia 1 a 2 vezes/dia recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose

Fonte: PERACOLI *et.al.*, (2020).

Para Souza *et al.* (2020) o período pós parto é extremamente crítico, principalmente nas primeiras 24 horas de puerpério é preciso ficar atento nos sinais vitais da puérpera, principalmente as diagnosticada com eclâmpsia evitando com que

tenha crises convulsivas pós parto, estudos mostram que o desaparecimento total dos sintomas acontece décima segunda semana pós parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O papel do enfermeiro é importante para redução da mortalidade perinatal, tratamento e prevenção (PORATH *et al.*, 2020). Por isso o profissional precisa está capacitado para atender as gestantes. O enfermeiro responsável pelo atendimento de gestação de alto risco precisa ter compreensão sobre o processo da doença hipertensiva, sinais clínicos e entender sua etiologia e fisiopatologia.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho foi desenvolvido com intuito de descrever as principais DHEG e o papel do enfermeiro a frente dessa patologia. Para elaboração do trabalho foram utilizados diversos artigos com tema apresentado e após leitura e estudo pode-se observar o alto índice de mortalidade e agravos que pode acometer a mãe e o feto, o número de obtidos dessa doença pode está relacionada a falta de consultas de pré-natal, tratamento incompleto ou ausente.

Observa-se a necessidade de maiores pesquisas acerca da etiologia da doença para elaborar um plano de prevenção e tratamento eficaz, foi possível também observar a falta de preparo dos profissionais da área de enfermagem sobre a doença e o manejo adequado para aferição da PA, a aferição de maneira incorreta pode acarretar em diagnóstico falso colocando em risco a vida do feto e genitora.

Durante as consultas de pré-natal é importante a realização de educação em saúde para as gestantes, quando mais elas souberem da doença, e suas principais manifestação clinica mais rápido será o tratamento. O diagnóstico precoce diminui as chances de óbitos materno e fetal e prematuridade. A educação em saúde dentro da unidade básica de saúde desempenha o grande papel para o enfermeiro e comunidade.

### **REFERÊNCIA**

AMORIN, Fernanda Miranda; NEVES, Ana Caroline; MOREIRA, Fabrisio De Souza; OLIVEIRA, Adelia Silva; NERY, Inez Sampaio. Perfil De Gestantes Com Pré-Eclâmpsia. **Revista De Enfermagem UFB Online**, RECIFE, V. 11, P. 1574-1583, 3 Abr. 2017.

AZEVEDO, Bruna Porat; ALMEIDA Gisele; TELES, Diana Alves; ORTIZ, Larissa de Souza. Cuidados de enfermagem direcionados á gestante portadora de doenças

hipertensivas específica da gravidez. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6768/6499>. /Acesso em: 22 jun 2022

CARDOSO, Thiago Luis; BRANDÃO, Maria Inês Bocard;, SANTA, Maria Pureza Ramos. Doenças Hipertensivas Específica da Gravidez (DHEG) em adolescentes: uma revisão de literatura. **Ideias e Inovação - Lato Sensu**, v. 2, n. 2, p. 69–76, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/ideiaseinovacao/article/view/2209>. /Acesso em: 10 mai. 2022.

CAVALCANTE, Lacerda; IONE, Magalhaes Moreira; THEREZA Maria. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum Health Sciences**, vol. 33. N1. 2016 p 71-76.

JACOB Lia Maristela Silva; MAFETONI, Reginaldo Roque; LOPES. Maria Helena Baena Moraes; SHIMO Azntonieta Keiko Kakuda. Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado. Brasília. 2021 Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072022000100310&script=sci\\_arttext&tlng=pt/](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072022000100310&script=sci_arttext&tlng=pt/) Acesso em: 26 abr 2022.

KAHHALE soubhi; PULCINELI, Rosana; ZUGAIB Marcelo. Pré-eclâmpsia. **Revista de medicina**, v 97 n 2, 2018.

KREBS, Vanine Arieta; SILVA, Marcela Rosa; BELLOTTO, Paula Cristina Barth. Síndrome de Hellp e mortalidade Materna: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. V.4 n 2, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília: MS-OS, 2022.

MOURA, Marta David Rocha; PIMENTEL, Marcia Gastr;, MARGOTTO, Paulo Roberto; RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Hipertensão arterial na gestação-importância do seguimento no desfecho neonatal. Brasília-DF. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao\\_arterial\\_gestacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf) /Acesso: em 15 mai. 2022.

PENICHE, Jimena Bracamonte; BOLIO, Vanesa López; PUERTO, José María Ponce; DOMINGUEZ, Nina Méndez. Características Clínicas E Fisiológicas Da Síndrome De Hellp. México. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472018000200033](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472018000200033). / Acesso em: 8 mar 2022.

PERAÇOLI JC, Ramos JGL, Sass N, Martins-Costa SH, de Oliveira LG, Costa ML, Cunha Filho EV, Korkes HA, de Sousa FLP, Mesquita MRS, Borges VTM, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaoneta AM, Freire CHE, Poli-de-Figueiredo CE, Rocha Filho EAP, Cavalli RC. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo no. 01 - **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020**.

SILVA, Eveline Franco, CORDOVA, Juliana Luzardo Rigol, CHACHAMOVICH, Suzana de Azevedo. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Ver. Gaúcha enferm. Porto alegre (RS) 2018**.



SILVA, Samyla Carla Nobrega; ALENCAR, Beatriz Rodrigues; VIDUEDO, Alecssandra de Fatima Silva; RIBEIRO, Laiane Medreiro; SCHARDOSIM, Juliana Machado. Manejo de pré-eclâmpsia grave no puerpério: validação de cenário para simulação clínica. **Rev. Brasileira de enfermagem. v.6 . 2021.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 7<sup>a</sup> **Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial.** 3. ed. Brasília: SBC, 3 set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/NxNLGNR43CgrL8BTbMqV5hy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2022.

SOUZA, Marilda Goncalves; LOPES, Reginaldo, Guedes, Coelho; ROCHA, Maria, Luiza T.L. Ferreira; LIPPI, Umberto Gazi; COSTA, Edgar Souza; SANTOS, Cecilia Maria Pinheiro. Epidemiologia da Hipertensão Arterial em Gestantes. São Paulo. 2022. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/epidemiologia-da-hipertensao-arterial-em-gestantes/>. / Acesso em: 5 abr 2022.

SOUZA, Vanessa Tais silva. Doenças Hipertensivas especifica da gestação (DHEG) Repercussão no recém-nascido. Campina Grande- PB. 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/10055/1/PDF%20-%20Vanessa%20Ta%C3%ADs%20de%20Sousa%20Silva.pdf>. / Acesso em: 01 mai 2022.