



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VALMIRA RIBEIRO PEREIRA

**SAÚDE DA GESTANTE: Revisão da literatura sobre
complicações na gestação em decorrência da hipertensão arterial**

Itaituba - PA

2019

VALMIRA RIBEIRO PEREIRA

**SAÚDE DA GESTANTE: Revisão da literatura sobre
complicações na gestação em decorrência da hipertensão arterial**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Maria Bernadeti dos S. Coelho.

Itaituba – PA

2019

VALMIRA RIBEIRO PEREIRA

**SAÚDE DA GESTANTE: Revisão da literatura sobre
complicações na gestação em decorrência da hipertensão arterial**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Maria Bernadeti dos S. Coelho.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

PROF ENF^a ESP. M^a BERNADETI S. COELHO

Avaliador: _____ Nota: _____

PROF. ENF^a ESP. ROSANGELA AGUIAR

Orientador: _____ Nota: _____

PROF. BIÓLOGO MS MARCIO SILVA

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de _____ de 2019.

A Deus, a Ele toda a honra e toda a gloria. A quem devo todas as coisas, e tudo o que sou.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente em minha vida e guiar todos os meus passos no decorrer desta árdua caminhada.

Aos meus filhos e netos por serem, para mim, motivo de seguir em frente e nunca desistir.

Ao meu esposo por sua compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus colegas de trabalho e de estudo pelo incentivo constante..

A minha orientadora Maria Bernadeti por ser inspiração em sua profissão, através da paixão pela obstetrícia.

Toda hora é hora de fazer o que é certo.

“Martin Luther King”

RESUMO

A Hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública que necessita de atenção especial tanto por parte do profissional de saúde como do próprio paciente. Considerando o processo de trabalho da equipe de enfermagem que atua nas salas de urgência e emergência, e todas as situações que envolvem um paciente, este profissional deve estar atento a tudo o que o paciente venha a referir e/ ou apresentar, tendo em vista que essa avaliação clínica é fundamental para que se segue a um diagnóstico preciso. Este estudo trata-se de uma Revisão da Literatura, que teve como objetivo maior verificar quais aspectos sintomáticos devem ser observados pela equipe de enfermagem em gestantes, elencando os principais riscos a que a paciente está sujeita quando apresenta distúrbios na pressão arterial. A pesquisa revelou que há muitos sinais que precisam ser tratados com preocupação, tendo em vista que um agravo hipertensivo pode evoluir para complicações irreversíveis para mãe e filho. A equipe de saúde deve estar preparada para identificar quais sinais e sintomas são críticos, e quais decisões precisam ser tomadas, a fim de evitar que a paciente evolua para quadro de pré-eclâmpsia/ eclâmpsia por exemplo.

Palavras-chave: Gestante. Hipertensão. Complicações. Enfermagem.

ABSTRACT

The operating room is a special place inside the hospital, conveniently prepared according to a set of requirements which makes it able to practice surgery. In a more technical, conceptualizes-if surgical Center, a section of the hospital where surgical procedures in order to meet the resolution of surgical complications, through the action of an integrated team. It is important that professionals pay attention to the responsibility to observe and meet the psychological and emotional needs of the surgical patient, since this area is of extreme importance in the success of the therapy, because the attitude of professional can favor or hinder the recovery. The use of the checklist aims to decrease the friction caused by unexpected situations, and the presentation of the team members, prior to the procedure, improves safety for the patient. The situations that often result in errors in the surgical environment can be avoided. The goal since study was to verify the importance of applying the Checklist for safe surgery, achieved through a literature search in articles and handbooks of the Ministry of health.

Keywords: Checklist. Safe surgery. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas da SAE.....	16
Quadro 2 – Avaliação de gestante para determinação de risco	28
Quadro 3 – Cuidados gerais a gestante com pré-eclâmpsia	29
Quadro 3 – Situações que demandam interrupção da gestação	30
Quadro 4 – Obras utilizadas nos resultados e discussão da pesquisa.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Intercorrências comuns no pós-parto	19
Figura 2 – Etapas para o autocuidado	36

LISTA DE SIGLAS

DNCT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF: Estratégia de saúde da família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial PSF: Programa Saúde da Família

SGH: Síndrome Gestacional Hipertensiva

SH: Síndrome Hipertensiva

SUS: Sistema Único de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	A SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO	14
2.1.1	Sistematização da Assistência de Enfermagem	15
2.1.2	Acolhimento humanizado em situações de emergência obstétricas	21
2.2	MORTALIDADE MATERNA	23
2.3	GRAVIDEZ E HIPERTENSÃO NÃO COMBINAM	24
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2	CONTEXTO	33
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Conforme Brasil (2004), nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, no entanto de forma limitada, pois preconizavam apenas situações relacionadas à gravidez e ao parto. Nesse período, os programas materno-infantis elaborados, apresentavam uma perspectiva limitada sobre a mulher, pautada exclusivamente em suas especificidades biológicas e no seu papel social de mãe e doméstica estritamente ligada à responsabilidade com a criação, a educação e o cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Pensando criticamente sobre essa temática, pode-se constatar a relevância de sua abordagem. Em se tratando de saúde da mulher, faz-se necessário um conhecimento técnico a respeito, tendo uma percepção ampla sobre os muitos conceitos, desde os que contemplam apenas a questão anatômica e fisiológica como uma concepção mais restrita, até os conceitos mais abertos que consideram dimensões de cidadania e de respeito aos direitos humanos (GARCIA, 2013).

De acordo com Martins (2014), a maior causa de morte materna tem sido a hipertensão na gravidez, e por esta razão é imprescindível que medidas e métodos preventivos sejam implementados, a fim de minimizar as complicações que contribuam para o óbito materno-infantil. A detecção precoce através das avaliações clínicas deve ser regra e não exceção.

Moura *et al.* (2011) afirma que a síndrome hipertensiva gestacional é uma das causas de mortalidade materna no Brasil mais frequentes, tendo em vista que tal patologia é fator responsável por um grande número de partos prematuros, considerando aqui que a interrupção da gestação, em casos muito graves, pareça a opção mais segura para manter a integridade de mãe e o feto.

Conforme Brasil (2012), a morbimortalidade materna e perinatal ainda apresentam um número elevado no país, demonstrando incompatibilidade com o atual nível de desenvolvimento econômico e social. Mesmo que seja de conhecimento de todos que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, é essencial que a participação ativa do sistema de saúde, a fim de minimizar os riscos. Já foi comprovado em diversos países em desenvolvimento, que é possível obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores, através de “ações organizadas, amplas, integradas e

com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis” (BRASIL, 2012 p.18).

Diante desta perspectiva, o presente estudo, buscou trabalhar com a temática do processo de trabalho da enfermagem, especificamente com pacientes gestantes com distúrbios da pressão arterial, com ênfase nos sinais e sintomas de alerta, no intuito de melhorar o atendimento por parte dos profissionais de saúde bem como a qualidade de vida da gestante.

Tendo como objetivo geral, identificar os principais sinais de alerta apresentados por paciente gestante com alterações na pressão arterial, e específicos: Verificar na literatura recente os principais sinais e sintomas mencionados como causa de agravamento no quadro clínico de gestantes hipertensas; Elencar algumas das complicações mais severas causadas pela hipertensão arterial e; Identificar quais medidas de controle podem ser tomadas pelo profissional de saúde, para garantir maior estabilidade à mãe e ao bebê, em situação de distúrbio hipertensivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Para Santos et al. (2012) considerar o ambiente no qual a mulher está inserida, valorizar as diferenças, identidades, crenças e demandas, faz parte do processo de uma atenção integral à saúde da mulher, no qual é preciso compreender o processo saúde/doença, ou seja, ter um olhar singular, sob uma perspectiva que perceba a pessoa na sua multidimensionalidade, perceber a complexidade que envolve o ser humano, particularmente, a mulher durante o período gestacional, o parto, o puerpério e a amamentação – exige um novo modelo de atenção à saúde.

Para os autores acima, todo este processo deve ser desenvolvido de forma humanizada, promovendo a saúde, prevenindo doenças, instigando a autonomia do usuário, e a adoção de uma atitude ética por parte do profissional nas relações existentes sejam profissionais, usuários (as) e gestores, atraindo assim estas mulheres para junto do serviço de saúde, e consequentemente mente agregando maior qualidade na assistência.

Tala fala, é reforçada pelo MS, ao revelar dados de uma pesquisa que demonstra o baixo percentual e mulheres assistidas no programa Pré-Natal:

Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BENFAM, 1996) aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004 p.28).

De acordo com Santos *et al.* (2012), a equipe de saúde deve trabalhar de maneira interdisciplinar para que ocorra o cuidado humanizado, ou seja, todos os profissionais, dividem e somam os diferentes níveis de atenção, os diversos saberes em direção à integralidade. Essas formas de desenvolvimento das atividades laborais são extremamente fundamentais para o fortalecimento das potencialidades da população feminina, preparando o profissional de saúde para lidar com as novas

configurações familiares. Os autores mantêm-se firme neste argumento ao afirmar que:

Neste modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano, considerando seu contexto familiar, comunitário e laboral, atendendo as suas demandas em nível local bem como acompanhando sua trajetória nos diferentes níveis de atenção, de modo a estimular redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade. (SANTOS *et al*, 2012 p.25).

Para Santos et al. (2012) a assistência deve ser antes de tudo humanizada, afim de se alcançar melhores resultados e menor tempo, pois sabe-se que a satisfação pessoal do cliente gera a sensação de segurança tanto ao paciente quanto ao profissional de saúde.

2.1.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem

De acordo Brasil (2012), o período gestacional é compreendido como um fenômeno fisiológico, por esta razão deve ser um período vivenciado sem nenhuma intercorrência, o que ocorre na maioria dos casos. No entanto, existe uma parcela pequena de gestantes, por apresentarem algum tipo de doença, ou apresentarem algum agravo ou mesmo desenvolverem problemas no decorrer da gestação, podem vir a apresentar maior probabilidade de uma evolução não muito favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Murta (2007) relata o modo como o trabalho da equipe de saúde pode ser desenvolvido de modo a auxiliar essas mulheres da melhor forma possível, tornando menos traumática a experiência da maternidade através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Brasil (2012: 32) complementa este quesito, ao indicar que a equipe de assistência deve atuar de forma eficiente, e para que isso ocorra, esses profissionais devem estar preocupados não apenas com a paciente, mas também com todas as situações que a envolvam, desde o ambiente familiar até o ambiente de trabalho, somente assim poderão ter um panorama geral de fatores de risco que possam ameaçar o bom andamento da gestação. De acordo com Murta (2007), a SAE é um conjunto de medidas que auxiliam o profissional de enfermagem a realizar a atenção e o cuidado ao paciente de forma adequada. A SAE está dividida em cinco etapas, as quais descreve a seguir no **Quadro 1**:

Quadro 1 – Etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem:

1ª etapa - Histórico De Enfermagem - HE
Começou em 1965 no Programa de fundamentos de Enfermagem da escola de Enfermagem da USP, com o título de ANAMNESE de Enfermagem, pois havia o problema com a anamnese médica. Em 1967 em reunião do corpo docente da cadeira de Fundamentos da Enfermagem, como, o que era feito, era a história da enfermagem do paciente, surgiu o nome “Histórico de Enfermagem”.
2ª etapa – Diagnóstico de Enfermagem – DE
Nessa fase o enfermeiro analisa os dados coletados e avalia o estado de saúde do cliente através da identificação e avaliação de problemas de saúde reais ou potenciais que são passíveis da resolução por meio das atividades de Enfermagem. Conceito: é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.
3ª etapa – Planejamento de Enfermagem – PE
São as intervenções de Enfermagem. É a determinação global da assistência de Enfermagem que o cliente deve receber diante do Diagnóstico de enfermagem estabelecido, é o resultado da análise do Diagnóstico, examinando as alterações, necessidades afetadas e o grau de dependência.
4ª etapa - Implementação de Enfermagem - IE
É a concretização do plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano. O momento da realização pode ser: admissional, complementar diária e d alta. Seu efeito pode ser de conduta ou de ação. A conduta modifica o estado do cliente (repouso, curativo, orientação, termoterapia, higiene, etc.) A ação da subsidio para avaliar o cliente (SSVV, administração de medicamentos, diurese, características de SS e sintomas, etc.). Quanto a autonomia, pode ser independente, quando a decisão é o enfermeiro (higiene, repouso, curativo, orientação, controle de SSVV, etc.); dependente, quando é vinculada a decisão de outros profissionais (medicamentos, exames, cirurgia, etc).
5ª etapa – Avaliação – Evolução de Enfermagem (EE)
É o relato aprazado das mudanças sucessivas que ocorrem com cliente enquanto está sob a assistência profissional. Anotar inicialmente a avaliação do global do plano de cuidado (PE). Determina se os resultados foram atingidos, se as intervenções (IE) foram efetivas e se são necessárias modificações. Pode ser conceituada ainda como a análise das respostas do cliente frente aos cuidados de enfermagem prescritos em função dos resultados obtidos no prazo determinado. São usados indicadores-qualificadores de avaliação: • Ausente – Presente • Melhorado – Piorado • Mantido – Resolvido

Fonte: Adaptado de Murta (2007:260)

Neste sentido, Brasil (2012) orienta que o profissional de saúde esteja sempre sintonizado com o que a legislação garante ao usuário, neste caso os direitos da gestante, assegurando que estes sejam respeitados, e garantindo uma gestação tranquila, segura e sem intercorrências evitáveis durante todo o período gravídico até o momento do parto.

O Manual alerta ainda, para o fato de que os direitos trabalhistas da gestante também devem ser respeitados, exemplificando que a mulher tem a declaração de comparecimento sempre comparecer às consultas do pré-natal e/ ou fazer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez. Outro ponto importantíssimo, é a necessidade do preenchimento adequado de todos os instrumentos de registro disponíveis na unidade de saúde em ela seja atendida, seja na Atenção Básica, ambulatorial ou hospitalar, assegurando desta forma, que a assistência prestada à gestação seja de qualidade; desta forma, garantindo os direitos da gestante, ressaltando enfaticamente que “o prontuário não pertence ao serviço e deve estar disponível para qualquer tipo de esclarecimento solicitado pela gestante ou por uma autoridade judiciária” (BRASIL, 2012: 47)

Sobre as consultas de pré-natal, vale lembrar que, podem ocorrer na Unidade de Saúde, quando a mulher estiver em condições físicas de comparecer, ou em visita domiciliar, caso esta encontre-se impossibilitada de comparecer. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em Brasil (2005):

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal). O PHPN estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005: 76)

Em Brasil (2012) pode-se complementar a informação acima, tendo em vista que a assistência pré-natal demanda avaliação dinâmica das situações de risco bem como prontidão para identificar dificuldades de modo a poder atuar, dependendo do problema encontrado, interferindo em um resultado que possa ser desfavorável.

É preciso entender que a falta de um pré-natal adequado pode representar um fator de risco para a gestante e/ ou para o bebê, sabendo-se que no decorrer de uma gestação onde tudo está transcorrendo dentro dos padrões de normalidade, pode mudar a qualquer momento e se tornar uma gestação de risco para ambos, até mesmo no momento do parto. Deste modo, é necessário reclassificar o risco durante o pré-natal, a cada consulta subsequente em que a mulher compareça na unidade de saúde durante o trabalho de parto na maternidade. Daí a importância da assistência sistematizada, pois uma intervenção precisa e precoce pode evitar os retardos assistenciais geradores de morbidade grave, morte materna ou perinatal. (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2017), dentro de todo esse planejamento da assistência, devem fazer parte também as orientações quanto aos métodos contraceptivos, permitindo que a mulher escolha ou não o que lhe convém. Para garantir essa liberdade de escolha, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece oito opções de métodos contraceptivos para que as mulheres planejem quando, como e se terão filhos. O Ministério da Saúde reforçou sua política de planejamento familiar alargando o acesso a vasectomias e laqueaduras, além da ampliação da distribuição de preservativos e demais métodos contraceptivos. As opções à disposição das mulheres em idade fértil são: injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU), além dos preservativos.

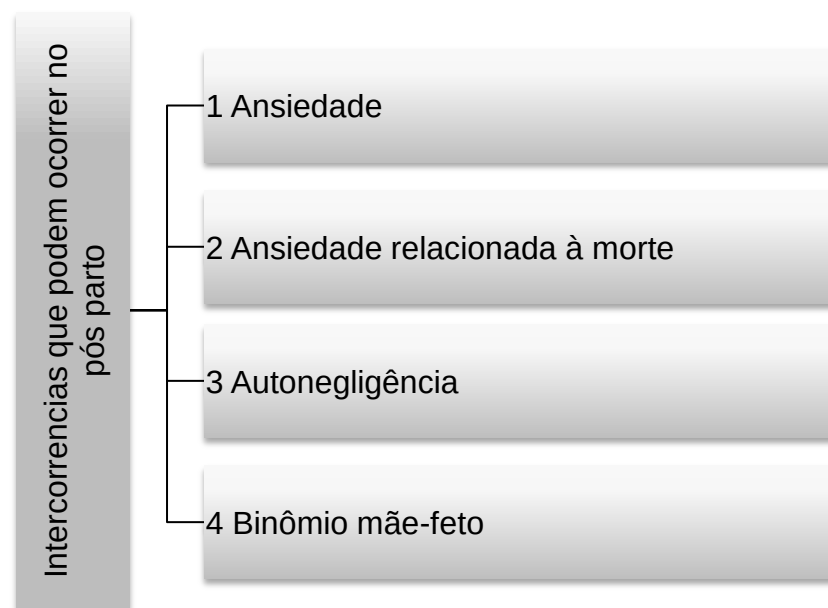
A decisão por um destes métodos deve ser orientada pela equipe de saúde, mas deve ser decidida pelo casal ou pela mulher, precisa ser bem pensada, principalmente quando se trata de ações definitivas como laqueadura e /ou vasectomia, considerando que são de difícil reversão. Nesses casos, a mulher ou o casal, é encaminhada para uma reunião do planejamento familiar, onde participam de uma reunião em que se define os prós e contras da decisão. Nessa reunião, se houver algum tipo de ignorância quanto os demais métodos contraceptivos, essas dúvidas devem ser esclarecidas (Brasil, 2017).

De acordo com Brasil (2017), quando a mulher tem um parceiro, este deve comparecer e realizar pré-natal junto com a gestante, ou mesmo para escolher método contraceptivo, afinal essa é uma decisão importante, e deve ser tomada junto pois a escolha de ter ou não filhos diz respeito a vida dos dois. A

responsabilidade deve ser dividida, e não se tornar um fardo em que somente a mulher sobre as agruras da decisão.

O casal deve estar em sintonia, e conhecer um ao outro para que possam juntos identificar qualquer anormalidade, principalmente as que a mulher está sujeita em decorrência da gravidez. Seus medos e anseios devem ser compartilhados com o companheiro. Dessa forma, algumas intercorrências, como as citadas na Figura 1, podem ser identificadas e tratadas em tempo hábil:

Figura 1 – Intercorrências no pós parto



Fonte: Adaptado de NANDA (2018)

Dentre as muitas intercorrências que podem ocorrer no período gestacional, parto e pós-parto, a ansiedade (Item 1 da figura) afeta a maioria das gestantes, anseio este definido pela organização NANDA (2018), como Sentimento incerto e incômodo que causa desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica, sendo a fonte deste sentir frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo que a desenvolve; sensação de que o perigo se aproxima. “É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”.

O item 2 - Ansiedades relacionada à morte, trata-se de sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor relacionados a “percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência”, na qual o indivíduo avalia e/ou sustenta com

sentimentos negativos uma ideia sobre as próprias capacidades Tal alteração pode durara pelo menos 3 meses.

Outro ponto mencionado pela organização supra citada, é a Autonegligência (item 3), definido como um conjunto de comportamentos de estrutura cultural que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado onde ocorre falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito, comprometendo a integridade deste indivíduo.

E finalmente o item 4 - Binômio mãe-feto pode causar alterações de comportamento da mulher, em razão da “susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde”.

Para Brasil (2012), o serviço de saúde deve ser o ponto de apoio do usuário, neste caso da gestante, no qual os indivíduos que atuam nessas unidades de saúde atendam de forma não mecanizada apenas com o intuito de fazer aquilo é sua obrigação:

Os serviços de saúde têm atribuições, objetivos e funções sociais distintas, e suas atividades envolvem diferentes níveis de complexidade, exigindo um conhecimento técnico-científico por parte dos profissionais. Na prática percebe-se que as unidades de saúde são estruturas burocratizadas, envolvidas em rotinas autoritárias, onde a tarefa de informar não é importante, mesmo quando existem princípios éticos e legais que asseguram esta prática, como o da integralidade na assistência. (BRASIL, 2012: 72).

De acordo com o manual acima, o avanço técnico e científico e a ampliação da complexidade dos serviços de saúde trouxe consigo a imprescindível necessidade de se adotar normas, fluxos, procedimentos e registros como ferramentas avaliativas de qualidade do atendimento, evidenciando suas falhas e distinguindo soluções prioritárias. Os relatórios de investigação epidemiológica ou mesmo nas solicitações legais tem demonstrado com frequência a ausência de dados necessários para o esclarecimento das condutas adotadas, fato este que pode ser evidenciado habitualmente nos formulários oficiais existentes nas unidades o que torna-se um grande problema quando necessárias para auxílio da Justiça. Tal falha, pode contribuir em muito, para um aumento dos erros terapêuticos, sabendo-se que isso dificulta uma melhor avaliação dos casos bem como e uma adequada intervenção, além de favorecer a impunidade, pois as provas documentais não

esses registros, e sem eles não é possível comprovação seja ela a favor de quem seja, paciente ou servidor (BRASIL, 2012).

Sendo assim, é essencial que os profissionais que prestam assistência a gestantes estejam atentos a tudo o que pode vir a se tornar um fator de risco, sendo capazes de realizar uma avaliação pontual e dinâmica, podendo assim solucionar da melhor maneira possível o problema encontrado. As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco, necessitam estar preparadas para receber gestantes com riscos identificados ou não. Deve estar, sobretudo pronta para lançar o olhar clínico sobre essa clientela, reconhecendo, identificando e cuidando desde o primeiro de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de Inter consultas com outros profissionais, que podem ajudá-la a ter uma gestação tranquila e sem traumas desnecessários (BRASIL, 2012).

2.1.2 Acolhimento humanizado em situações de emergência obstétricas

Em seus estudos, Silva (2018) constatou que a presença da enfermagem é fundamental e indispensável no processo de acolhimento da gestante, considerando sua preparação acadêmica e atribuições profissionais, pois este profissional é treinado para o cuidado, desta forma, tem um olhar clínico/ crítico que o auxilia na recepção, avaliação e conduta a ser adotada em casos de emergências obstétricas, promovendo tranquilidade no atendimento e consequentemente agilidade e eficiência nos procedimentos.

O Ministério da Saúde por sua vez, enfatiza que o uso da classificação de risco nos setores de urgência emergência é indispensável no momento do acolhimento dessas gestantes, tendo em vista que essas ferramentas, quando bem utilizadas, podem determinar o nível de gravidade em que se encontra a paciente, no entanto o profissional atuante no setor deve estar bem treinado e buscar ser familiarizado com os protocolos bem como desenvolver uma visão holística, a fim de proporcionar atenção adequada e eficiente (BRASIL, 2017).

Já Cavalcante *et al.*, (2017) corrobora com este estudo ao afirmar que a enfermagem é determinante no atendimento ao binômio mãe-bebê, pois este profissional conhece de forma detalhada como deve ocorrer a assistência no processo de parturição, principalmente nos cuidados, já que sua atuação deve ser

essencialmente humanizada, no intuito de trazer trazendo mudanças significativas no modelo de atenção ao parto, mostrando-se como fator contribuinte na redução da morbimortalidade materna e perinatal, essencialmente em situações de urgência e emergência, sabendo-se que por vezes os sinais se apresentam de maneira inesperada, e que a percepção imediata desses sinais é fundamental para a preservação da vida.

Ferreira *et al* (2015), ressalta em seus estudos que para a enfermagem é necessário que haja investimento e esforços para reconfigurar a prática assistencial e gerencial em serviços de urgência e emergência obstétrica, sendo este um enorme desafio, uma vez que a enfermagem precisa aprimorar-se cada dia mais para desenvolver com habilidade e destreza as competências da obstetrícia, somente assim poderá contribuir ativamente. Porém, é importante que se reconheça, acima de tudo persistem os problemas organizativos dos serviços de urgência e emergência hospitalar, portanto a atenção voltada para este aspecto é essencial.

Cavalcante *et al* (2017) acrescenta a essa discussão, a questão do suporte para atender essas urgências é visto, pelos profissionais, como uma interferência no atendimento, citando como exemplo a falta de materiais e equipamentos adequados e funcionários além do transporte para a remoção das pacientes em situação de urgência após a estabilização. Fator que interfere demasiadamente no processo de assistência hábil, eficaz e consequentemente resolutive.

Encerrando esse processo de discussão, Mazoco *et al* (2015) contribui em dizer que este assunto é extremamente relevante, e que por esta razão precisa ser estudado, debatido e trabalhado, de forma ampla. Desta forma, pesquisas aprofundadas devem ser desenvolvidas acerca da temática em questão, com afincos, no intuito de melhorar a assistência e permitir uma maior atenção humanizada na equipe de enfermagem.

Sendo assim, é essencial que os profissionais mantenham-se atualizados e capacitados, a fim de ampliar o conhecimento e informação em relação a sua área de atuação, “melhorando a competência profissional compreendendo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, destrezas, como também das características pessoais do profissional”, sendo este elemento que influencia diretamente na tomada de decisão, autocontrole e autoconfiança no momento do atendimento de urgência e emergência (MAZOCO *et al*. 2015 p. 356).

2.2 MORTALIDADE MATERNA

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não são mencionadas nos registros dos sistemas de informação entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. Porém é preciso compreender que se trata de um grave problema, pois está ligado à vivência da sexualidade da mulher, sendo assim não se trata de uma doença, mas acontece e que em 92% dos casos, as mortes maternas poderiam ser evitadas (BRASIL, 2004).

Santos *et al.* (2012), acredita que pode haver uma melhora significativa nesse sentido se a atuação de todos os trabalhadores da saúde, sobretudo daqueles que operam na Atenção Básica, especialmente os profissionais das Equipes de Saúde da Família e do NASF, estiver pautada em princípios como a cidadania, o respeito aos direitos dos cidadãos e a integralidade da atenção, diminuindo consequentemente o índice de mortalidade materna.

Levando em conta o fato de que as estatísticas sobre mortalidade são comumente utilizadas para a análise das condições de saúde das populações, é importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Tal fato, se apresenta de maneira acentuada no caso da violência, como por exemplo: enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade que mais atinge a população feminina, é a violência doméstica e sexual. O fato se repete de igual modo, no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, afetando particularmente as mulheres e, pela peculiaridade biológica, “têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados” (BRASIL, 2004 p. 25).

Para Garcia (2013 p.18), garantir uma cobertura eficaz do Pré-Natal, mantém-se na linha de frente da lista de desafios do SUS, embora, nas últimas décadas, a tenha aumentado em números mas, não em qualidade. “Essa melhoria da qualidade refere-se especialmente, a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços”. Sendo assim, acredita-se que para isso, é necessário que haja uma atuação consciente no processo assistencial, onde os profissionais envolvidos em qualquer instância, considerem a necessidade e aliem o conhecimento técnico específico ao compromisso, obtendo

consequentemente um resultado satisfatório da atenção, levando em conta o significado desse resultado para cada mulher.

Desta forma, Brasil (2004), determina que um indicador apropriado para uma avaliação realista das condições de saúde da população é a mortalidade materna é, e que é possível fazer uma avaliação do grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade a partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres. Um exemplo claro disso são as Razões de Mortalidade Materna (RMM), que de acordo com o Ministério da Saúde, se elevadas, são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares, onde a violência está presente e, principalmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

2.3 GRAVIDEZ E HIPERTENSÃO NÃO COMBINAM

De acordo com Brasil (2013) é um grande desafio para o profissional de saúde manter-se atualizado, adequadamente, e virtude da grande quantidade de material disponível em termos de informação. Tal condição é por vezes difícil de compreender, tendo em vista que se há material deveria não ser mais fácil. No entanto, a busca por materiais científicos demanda tempo e boa vontade para pesquisa. Sendo assim, é imprescindível que a Saúde Baseada em Evidências, assim como a Medicina Baseada em Evidências sejam ferramentas utilizadas para instrumentalizar o profissional, auxiliando-o na tomada de decisão, baseado na Epidemiologia Clínica, na Estatística e na Metodologia Científica.

Já Brasil (2012) chama a atenção para a questão do pré-natal, que embora o acesso ao programa seja quase universal, falta qualidade nesta atenção, pois o que se tem hoje, ainda não é satisfatório. Sendo necessário que estratégias que possibilitem a organização dos sistemas de atenção, bem como compromisso e responsabilidade pelo cuidado prestado a mulher em todos os níveis do ciclo gravídico puerperal por parte do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, assim como os estados e municípios. No momento do parto, por exemplo, em muitos lugares, a grávida ainda peregrina por vários serviços para encontrar uma vaga para dar à luz.

Ainda de acordo com o Manual acima, o modelo de atenção nos serviços, por outro lado, não utiliza toda a tecnologia apropriada e recomendada para a

assistência segura e humanizada ao parto e nascimento. É imprescindível que seja garantida a continuidade do cuidado assegurando o seguimento da mulher e da criança no pós-parto, bem como no acompanhamento do desenvolvimento da criança, a fim de que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor, especialmente nos seus primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2012).

Um pré-natal rigoroso o uso da *dopplervelocimetria* das artérias umbilicais parece ser uma opção segura de seguimento destas gestantes de alto risco. A decisão de antecipação do parto deve sempre levar em consideração os riscos elevados de mortalidade e morbidade neonatal. A necessidade de uma equipe neonatal terciária apta a atender estes RN é muito importante uma vez que além de prematuros, frequentemente apresentam restrição importante do crescimento intrauterino. O atendimento multiprofissional que permita diagnóstico e tratamento das mais variadas complicações, bem como disponibilidade recursos tecnológicos avançados são fundamentais para a melhoria dos resultados neonatais, tanto na sobrevivência, como na qualidade de vida destes RN (MOURA *et al.*, 2011 p. 116).

Para Brasil (2012), existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, considerando que tais fatores podem servir de alerta para o profissional de saúde, em relação à vigilância maior para um eventual surgimento de complicações que comprometam a saúde ou mesmo a vida de mãe e filho, ainda que os esforços da ciência para criar um sistema que pontue e desenvolva tabelas que discriminem as gestantes de alto risco das de baixo risco, até então não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira definitiva.

Ainda conforme o manual supracitado infere-se, que na assistência pré-natal seja realizada uma avaliação dinâmica das situações de risco e presteza para identificar problemas de maneira a poder atuar, dependendo do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. É fundamental que se tenha a consciência de que a falta de um pré-natal com qualidade, pode reforçar o risco para a gestante ou o recém-nascido. É essencial atentar-se para o fato de que uma gestação que está transcorrendo dentro dos padrões de normalidade, pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Sendo assim, há necessidade de reclassificação do risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. “A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal” (BRASIL, 2012 p.32).

Faz-se necessário que se tenha ensaios clínicos com mais poder, com metodologias e confirmem resultados de maior relevância, sem dispensar é claro o controle rigoroso da pressão arterial para maior eficácia do tratamento. Vale ressaltar que estudos com longo seguimento são de extrema importância para definir as repercussões em crescimento e desenvolvimento das crianças, considerando que os fármacos usados ultrapassam a placenta, e a rápida queda da pressão arterial pode interferir no fluxo placentário, podendo evoluir para isquemia cerebral e potenciais problemas no desenvolvimento neurológico tanto para mãe quanto para o bebê (WANNMACHER, 2004).

O autor ressalta ainda que muito se tem realizado em termos de estudos acerca da hipertensão crônica, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Apesar do mínimo poder de muitos deles através de revisões sistemáticas que tem originado questionamentos sobre recomendações históricas (WANNMACHER, 2004).

Moura *et al.* (2011), em seu estudo que no Brasil a síndrome hipertensiva gestacional é uma importante causa de mortalidade materna. Afirma ainda que esta a doença causa um grande número de partos prematuros, tendo em vista que a interrupção da gestação, em casos extremos pode ser opção mais segura para mãe e o feto. No entanto, cada caso deve ser avaliado minuciosamente pelo médico obstetra, e que o um pré-natal rigoroso deve ser dotado, pois a antecipação do parto deve ser adotada mediante se exaurir as opções seguras para mãe e feto.

Paraná (2018) recomenda que para uma avaliação precisa da pressão arterial de uma gestante, devem-se obedecer alguns critérios de cuidado, dentre eles a posição em que o procedimento é realizado, por exemplo, seja feita na posição sentada e a determinação da pressão. O manual traça ainda um plano de cuidado a ser obedecido, considerando-o ferramenta imprescindível para o manejo das condições crônicas tendo em vista que o cuidado interdisciplinar agrega ao cuidado profissional e ao paciente o autocuidado apoiado. O auto cuidado é indicado aos usuários com fatores de risco modificáveis com condição crônica que demandem cuidados individualizados, sendo o objetivo deste mudar da assistência prescritiva para o cuidado participativo.

Tratando-se de um roteiro documental compartilhado entre usuário, atenção primária e secundária, onde o diagnóstico biopsicossocial é contemplado, definindo a terapêutica, e intervenções para manutenção ou recuperação da saúde. Suas

etapas compõem as ações de cuidado da equipe além do autocuidado apoiado: • Diagnóstico clínico e estratificação de risco • Diagnóstico das necessidades biopsicossociais e do conhecimento em saúde • Definição das metas clínicas (de acordo com a Linha-Guia) • Definição das intervenções (o usuário e equipe devem compreender) • Definição das ações de educação em saúde • Elaboração do plano de cuidado apoiado (5 A's) • Monitoramento periódico de acordo com estratificação de risco ou detecção de novas condições clínicas (PARANÁ, 2018).

Deve-se incrementar a educação para o autocuidado apoiado, que se trata da intervenção educacional e de apoio realizada pelo profissional de saúde e equipe para apoiar o usuário a se auto cuidar. Esta modalidade é indicada aos usuários que apresentem necessidade e interesse em mudar hábitos de vida. Suas etapas fundamentais são os 5 A's: 1. Avaliação do conhecimento; 2. Aplicação da entrevista motivacional; 3. Aconselhamento e orientação; 4. A Elaboração do Acordo do plano de ação com metas; 5. Assistência e acompanhamento periódico (PARANÁ, 2018).

De acordo com Brasil (2013) o risco gestacional está classificado em 3 níveis sendo estes:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável;
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde;
- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas (BRASIL, 2013 p. 35).

Faz-se necessário que a equipe de saúde siga a rigor os parâmetros de avaliação das gestantes, a fim de evitar que passem despercebidos aspectos que podem no futuro, oferecer risco à saúde da mãe e do bebê. Neste sentido Brasil (2012) corrobora indicando os modos como a avaliação deve ser realizada para que se chegue ao nível de risco a que a gestante está inserida, demonstradas no Quadro 2 a seguir:

:

Quadro 1 – Avaliação de gestantes para determinação de risco:

a) Avaliação clínica - Uma avaliação clínica completa e bem realizada permite o adequado estabelecimento das condições clínicas e a correta valorização de agravos que possam estar presentes desde o início do acompanhamento, por meio de uma história clínica detalhada e avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais.
b) Avaliação obstétrica - Inicia-se com o estabelecimento da idade gestacional de maneira mais acurada possível e o correto acompanhamento da evolução da gravidez, mediante análise e adequada interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino). A avaliação do crescimento e as condições de vitalidade e maturidade do feto são fundamentais.
c) Repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez - É de suma importância o conhecimento das repercussões da gravidez sobre as condições clínicas da gestante e para isso é fundamental um amplo conhecimento sobre a fisiologia da gravidez. Desconhecendo as adaptações pelas quais passa o organismo materno e, como consequência, o seu funcionamento, não há como avaliar as repercussões sobre as gestantes, principalmente na vigência de algum agravo. Por outro lado, se não se conhecem os mecanismos fisiopatológicos das doenças, como integrá-los ao organismo da grávida? Portanto, o conhecimento de clínica médica é outro requisito básico de quem se dispõe a atender gestantes de alto risco, sendo também importante o suporte de profissionais de outras especialidades.
d) Parto- A determinação da via de parto e o momento ideal para este evento nas gestações de alto risco talvez represente ainda hoje o maior dilema vivido pelo obstetra. A decisão deve ser tomada de acordo com cada caso e é fundamental o esclarecimento da gestante e sua família, com informações completas e de uma maneira que lhes seja compreensível culturalmente, quanto às opções presentes e os riscos a elas inerentes, sendo que deve ser garantida a sua participação no processo decisório. Cabe salientar, todavia, que gravidez de risco não é sinônimo de cesariana. Em muitas situações é possível a indução do parto visando o seu término por via vaginal, ou mesmo aguardar o seu início espontâneo. A indicação da via de parto deve ser feita pelo profissional que for assistir ao parto. É importante que profissionais que atendem a mulher durante a gestação não determinem qual deverá ser a via de parto, que depende não só da história preexistente, como também da situação da mulher na admissão à unidade que conduzirá o parto.
e) Aspectos emocionais e psicossociais - É evidente que para o fornecimento do melhor acompanhamento da gestante de alto risco, há necessidade de equipe multidisciplinar, constituída por especialistas de outras áreas, tais como Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, de modo articulado e planejado.

Fonte: Adaptado de Brasil (2012)

Conforme Bartolotto; Bartolotto (2008), os principais mecanismos da fisiopatologia desta alteração já estão sendo desvendados por estudiosos, embora a

etiologia da doença hipertensiva específica da gravidez não esteja bem definida. O entendimento do processo hipertensivo desencadeado nas gestantes é importantíssimo para a prevenção da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, considerando que são diversas as manifestações clínicas que pré estabelecem essa condição. Uma abordagem adequada pode reduzir as complicações maternas e fetais.

A necessidade de uma equipe neonatal terciária apta a atender estes RN é muito importante uma vez que além de prematuros, frequentemente apresentam restrição importante do crescimento intrauterino. O atendimento multiprofissional que permita diagnóstico e tratamento das mais variadas complicações, bem como disponibilidade recursos tecnológicos avançados são fundamentais para a melhoria dos resultados neonatais, tanto na sobrevivência, como na qualidade de vida destes RN. (MOURA *et al.*, 2011 p.119).

Nesse sentido, ressalta-se que a prevenção da Pré-eclâmpsia (PE), tem passado por inúmeras experiências nos últimos anos, com tentativas de uso da aspirina em baixas doses, cálcio e vitaminas C+E, no intuito de prevenir e/ ou reduzir a incidência e/ ou gravidade da PE em pacientes de risco. No entanto, uma metanálise de estudos com uso de aspirina apontou evidências de redução muito pequena de casos de PE e o NNT, sendo comprovado que depende mais das características basais de risco para redução de um caso. Em gestantes hipertensas crônicas, não foi evidenciado redução de risco com o uso de aspirina, concluindo-se que a indicação de seu uso profilático deva ser individualizada (BRASCARDIOL, 2009).

Em quadros mais severos a gestante pode evoluir para Eclâmpsia, que é a ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais de acordo com Brasil (2012):

Quadro – Cuidados gerais a gestante com pré-eclâmpsia:

• Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível.
• Decúbito elevado a 30° e face lateralizada
• Cateter nasal com oxigênio (5l/min)
• Punção de veia central ou periférica calibrosa
• Cateter vesical contínuo

Fonte: Adaptado de Brasil (2012)

Em qualquer idade gestacional, a conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, avaliação das condições de bem-estar fetal e a antecipação do parto. Em casos que não haja alternativa, após a estabilização do quadro, devem-se iniciar os preparativos para interrupção da gestação. Em casos e que a conduta adotada seja a terapia anticonvulsivante para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, bem como o surgimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. Para tal terapia, a droga de primeira escolha deve ser o sulfato de magnésio sendo este utilizado nas seguintes situações:

Quadro 4 – Situações que demandam interrupção da gestação

• Gestantes com eclâmpsia;
• Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas;
• Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação;
• Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente);

Fonte: Adaptado de Brasil (2012)

Apesar da gravidade no quadro gestacional, espera-se que a hipertensão e outros sinais e sintomas ou disfunção orgânica, que estejam associados à pré-eclâmpsia tenham remissão seis semanas após o parto. No entanto, mulheres que desenvolvem hipertensão na gravidez precisam ser rigorosamente avaliadas e acompanhadas nos meses imediatamente após o parto, e devem receber aconselhamento acerca de futuras gestações e risco cardiovascular. Toda e qualquer alteração que tenha surgido no decorrer da gestação, e não tenha cessado após o parto, deve ser avaliada cuidadosamente pelo médico antes da alta. “Se as anormalidades persistirem, as gestantes deverão ser reexaminadas após seis semanas e, se a patologia mantiver, provavelmente tornou-se crônica” (BRASIL, 2012: 33).

Resumo das orientações 1) Pacientes com HA leve e sem comprometimento de órgão alvo geralmente não necessitam de medicação anti-hipertensiva na primeira metade da gestação (IC). 2) O uso de anti-hipertensivos está recomendado quando a PAS estiver ≥ 150 mmHg e a PAD em 90-100 mmHg (IC). 3) A escolha do anti-hipertensivo é individualizada (IC). 4) São contraindicados para uso em qualquer período da gestação os inibidores da ECA e os antagonistas dos receptores da angiotensina (IIIA). 5) Pacientes com HA e comprometimento de órgão-alvo necessitam de controle mais rigoroso da PA (mantendo em 140/90 mmHg) e apresentam maior risco de complicações maternas e fetais (IB). 6) Como é alta a incidência de PE sobreposta (25%-50%), as pacientes devem ser adequadamente monitoradas a partir das 20 semanas de IG para a detecção precoce desta complicação (IB). 7) Ainda não existe um marcador validado que seja específico e preditivo de PE (IIIA). 8) Hipertensas crônicas não têm redução de PE sobreposta com o uso de aspirina em baixas doses (IIIA) (BRASCARDIOL, 2009 p.126).

Brasil (2012) alerta que a hipertensão crônica observada antes da gravidez, ou antes, de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia Hipertensão em geral ocorre após 20 semanas de gestação, sempre acompanhada de proteinúria. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por dores de cabeça, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas, pois a pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento, portanto o acompanhamento é indispensável.

Conforme Wannmacher (2004), algumas mulheres podem evoluir para um quadro grave de hipertensão, tornando-se caso de urgência ou emergência hipertensiva, demandando internação hospitalar, com monitorização contínua, parto tão logo quanto possível, tratamento anti-hipertensivo parenteral e terapia anticonvulsivante. Vale ressaltar que desenvolvimento de convulsões maternas em adição ao quadro anterior caracteriza a Eclâmpsia que pode resultar em morte. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em ta urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia (após a 20a semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (BRASIL, 2012 p.42).

Faz-se necessário que o manejo adequado da HAS faça parte de uma política de Saúde Pública devido à magnitude do problema. Tais aspectos formam elos cuja

fragilidade pode provocar riscos toda uma linha de cuidado. Deste modo, a expectativa é que o aprimoramento na condução dos pacientes hipertensos culmine diretamente na redução das suas complicações, originando uma melhor qualidade de vida à população minimizando o grande impacto que este agravo causa atualmente (PARANÁ, 2018).

De acordo com Brasil (2012), o acesso da gestante a serviço de saúde com qualidade e pré-natal em tempo oportuno, é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, dentro do nível de complexidade necessário. Por esta razão, é essencial que estados e municípios mantenham organizada a rede de atenção obstétrica, contemplando todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes.

Enfim, entende-se que o atendimento pré-natal de uma determinada unidade de saúde deve ser organizado para atender às necessidades reais por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos pré-adquiridos através de pesquisa além do que foi obtido na graduação, bem como dos meios e recursos adequados e disponíveis. Igualmente, é preciso que haja facilidade de acesso e continuidade do acompanhamento. Exatamente por este motivo, é essencial que o trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) (ou das equipes das UBS tradicionais), com o mapeamento da população da sua área de abrangência, assim, a própria gestante saberá identificar sinais e sintomas de alerta e irá procurar ajuda em tempo hábil, pois já estará de posse da respectiva classificação de risco e a identificação dos atendimentos em cada caso específico (BRASIL, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão da Literatura de cunho qualitativo, acerca da temática abordada. Fregonese *et al.*, (2014) afirmam que a pesquisa bibliográfica pode se constituir em etapa inicial de um processo de pesquisa, seja qual for o problema em questão, com o objetivo de se ter um conhecimento prévio da situação em que se encontra um assunto na literatura da área, sendo esta considerada uma estratégia necessária para a realização de qualquer pesquisa científica.

3.2 CONTEXTO

A busca de pesquisas para elaboração da revisão foi realizada em banco de dados de acesso livre, trabalhos publicados em português e terem em sua bibliografia materiais do Ministério da Saúde. As buscas foram feitas principalmente, nas bases de dados LILACS e BDENF do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), base de dados MEDLINE do portal PubMed e Sistema de Automação de Bibliotecas (SABi).

Foram selecionados 19 autores para a fundamentação teórica da pesquisa. Dentre os quais foram considerados indispensáveis para a discussão dos resultados encontrados 10 obras. Os critérios de exclusão e inclusão adotados foram: a) Publicações em língua portuguesa; b) Pautados nas preconizações do Ministério da Saúde; c) Disponíveis em versão completa. Para tanto se utilizaram os descritores: Gravidez de risco, Hipertensão na Gravidez, Complicações da Hipertensão.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura minuciosa das obras selecionadas, o fichamento dos trechos pertinentes a este estudo, deu-se início a composição do trabalho escrito, conforme os preceitos éticos que envolvem toda pesquisa de Revisão, com o compromisso de referenciar cuidadosamente todas as citações. Em seguida os dados foram analisados e descritos nas considerações finais no intuito de demonstrar claramente os resultados alcançados.

Terminadas as etapas de elaboração, o trabalho foi formatado conforme o manual da instituição, e assim está dividido em: Fundamentação Teórica, Metodologia, Resultados e discussões e por fim as Considerações finais onde se faz um apanhado geral sobre o estudo e os resultados apresentados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As publicações selecionadas para a fundamentação do trabalho somaram um total de 19 obras, das quais 10 autores foram utilizados para compor os resultados e discussão. A seguir no Quadro 4 estão elencadas as obras que compõem o item Resultados e Discussão:

Quadro 4 - Obras utilizadas nos resultados e discussão

Nº	AUTOR	TÍTULO	PUBLICAÇÃO	ANO
1	MAZOCO, Tereza Cristina Costa; TAHARA, Angela Tamiko Sato; FERREIRA, Sílvia Lúcia.	A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde.	Rev Baiana de Enferm	2001
2	WANNMACHER, Lenita.	Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe.	ISSN 1810-0791 Vol. 1, Nº11	2004
3	MURTA, Genilda Ferreira.	Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem.	Difusão Editora,	2007
4	MOURA, Marta Rocha de. CASTRTO, Márcia Pimentel MARGOTTO, Paulo Roberto. RUGOLO, Lúgia Maria de Souza.	Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal.	Com. Ciências Saúde	2011
5	SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota; OLIVEIRA, Maria Conceição de.	Atenção integral à saúde da mulher: enfermagem.	Universidade Federal de Santa Catarina	2012
6	BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	Gestação de alto risco: manual técnico.	Editora do Ministério da Saúde,	2012
7	BRASIL, Ministério da Saúde.	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial.	Ministério da Saúde,	2013
8	MARTINS, Joana Coelho.	Hipertensão na Gravidez: Tratamento e Prevenção.	Ciências e Tecnologia,	2014
9	PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.	Linha guia de hipertensão arterial	SESA	2018
10	NANDA, Diagnósticos de enfermagem da.	Definições e classificação 2018/20	Artmed	2018

Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

De acordo com Brasil (2012), o acesso da gestante a serviço de saúde com qualidade e pré-natal em tempo oportuno, é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, dentro do nível de complexidade necessário. Por esta razão, é essencial que estados e municípios mantenham organizada a rede de atenção obstétrica, contemplando todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes (BRASIL, 2012).

Conforme Brasil (2013) a consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo, e por ter contato mais diretamente com o paciente, deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde, ou seja, este profissional é um agente de transformação e motivação, pois através dele o paciente pode receber informações e orientações quanto ao autocuidado.

Moura *et al.* (2011), afirma que a síndrome hipertensiva gestacional é uma importante causa de mortalidade materna. Afirma ainda que esta a doença causa um grande número de partos prematuros, tendo em vista que a interrupção da gestação, em casos extremos pode ser opção mais segura para mãe e o feto. No entanto, cada caso deve ser avaliado minuciosamente pelo médico obstetra, e que o um pré-natal rigoroso deve ser dotado, pois a antecipação do parto deve ser adotada mediante se exaurir as opções seguras para mãe e feto.

De acordo com Brasil (2013) é um grande desafio para o profissional de saúde manter-se atualizado, adequadamente, e virtude da grande quantidade de material disponível em termos de informação. Tal condição é por vezes difícil de compreender, tendo em vista que se há material deveria netão ser mais fácil. No entanto, a busca por materiais científicos demanda tempo e boa vontade para pesquisa. Sendo assim, é imprescindível que a Saúde Baseada em Evidências, assim como a Medicina Baseada em Evidências sejam ferramentas utilizadas para instrumentalizar o profissional, auxiliando-o na tomada de decisão, baseado na Epidemiologia Clínica, na Estatística e na Metodologia Científica.

De acordo com Santos *et al* (2012), a equipe de saúde deve trabalhar de maneira interdisciplinar para que ocorra o cuidado humanizado, ou seja, todos os profissionais, dividem e somam os diferentes níveis de atenção, os diversos saberes em direção à integralidade. Essas formas de desenvolvimento das atividades laborais são extremamente fundamentais para o fortalecimento das potencialidades da população feminina, preparando o profissional de saúde para lidar com as novas

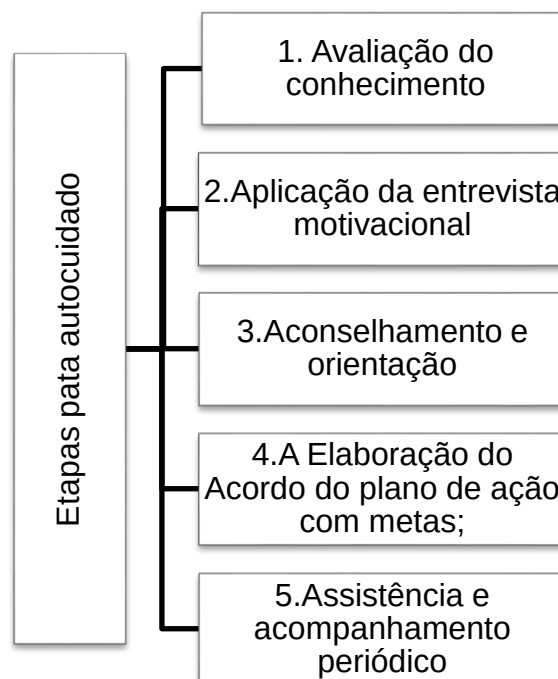
configurações familiares. Os autores mantêm-se firme neste argumento ao afirmar que:

Martins (2014) acrescenta que a constância dos valores da pressão arterial elevados no período gestacional, representa uma das prioras complicações obstétricas que pode afetar de forma devastadora a materna e do feto, portando é inegável a importância e a urgência de se adotar medidas que protejam mãe e filho.

Deste modo, o tratamento de hipertensão arterial no decorrer da gestação tem objetivos terapêuticos específicos, para que os desfechos clínicos relevantes incluam sobrevida e bem-estar materno e fetal, estendendo-se para o desenvolvimento normal do processo do parto e prevenção de eclâmpsia, dentre outros (WANNMACHER, 2004).

Nesse sentido, deve-se incrementar a educação para o autocuidado apoiado, que se trata da intervenção educacional e de apoio realizada pelo profissional de saúde e equipe para apoiar o usuário a se auto cuidar. Esta modalidade é indicada aos usuários que apresentem necessidade e interesse em mudar hábitos de vida, na qual suas etapas fundamentais são os 5 A's:

Figura 2 – Etapas para o autocuidado



Adaptado de Paraná (2018)

Para a melhoria desse cuidado Murta (2007) orienta que o modo como o trabalho da equipe de saúde pode ser desenvolvido de modo a auxiliar essas

mulheres da melhor forma possível, tornando menos traumática a experiência da maternidade através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Dentre as muitas intercorrências que podem ocorrer no período gestacional, parto e pós-parto, a ansiedade afeta a maioria das gestantes, sentimento incerto e incômodo que causa desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica, sendo a fonte deste sentir frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo que a desenvolve; sensação de que o perigo se aproxima NANDA (2018).

Sendo assim, é essencial que os profissionais mantenham-se atualizados e capacitados, a fim de ampliar o conhecimento e informação em relação a sua área de atuação, sendo este elementos que influenciam diretamente na tomada de decisão, autocontrole e autoconfiança no momento do atendimento de urgência e emergência (MAZOCO et al. 2015).

5 CONCLUSÃO

Após anos trabalhando na área da saúde, a autora percebe a necessidade de investigação mais a fundo sobre a temática já apresentada. Pois não são raros os casos de mulheres que apresentam distúrbios na pressão arterial (PA) no período gestacional. Algumas destas mulheres, até mesmo apresentam alteração no nível da PA já no final da gestação.

Verificou-se que a patologia em questão apresenta-se de diferentes maneiras, mas que, no entanto é possível prevenir agravos que possam comprometer até mesmo a vida de mãe e filho. Dentre os aspectos mais relevantes estão, por exemplo, um processo de triagem adequado, investigação inicial precisa, conduta ágil e hábil de intervenção.

Diante desta constatação, acredita-se que é possível intervir num quadro de descompensação da pressão arterial em gestante, por meio de avaliação clínica adequada, assim que esta compareça a emergência. Para que tal paciente chegue a tempo, é necessário que haja uma boa preparação no pré-natal, para que a própria mulher identifique alterações perigosas, sendo assim, atenção básica e serviço de urgência devem estar preparados para esse tipo de atendimento.

O Ministério da Saúde trata desta questão com bastante afinco, disponibilizando manuais, portarias, e um vasto material de suporte técnico para prevenção, avaliação e conduta que auxiliem no cuidado a gestantes, sejam elas com alterações ou de risco. Indica-se através deste estudo que o profissional busque por conhecimento especializado dentro da própria literatura por meio de pesquisas regulares por publicações atualizadas.

REFERÊNCIAS

BARTOLOTTO, Maria Rita de Figueiredo Lemos. BARTOLOTTO, Luiz Aparecido. **Hipertensão e gravidez: fisiopatologia**. Hipertensão 2008; 11(1): 2–3

CAVALCANTE, Eva Alterman. **Violência contra a mulher e políticas públicas**. São Paulo (SP): Estudos avançados v.17 n.49 p. 87-98, 2017.

BRASCARDIOL, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia**. Arq Bras Cardiol 2009; 93(6 supl.1): e110-e178.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FERREIRA, Edneia de Almeida; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; SILVA, Carla Tatiane Oliveira Silva; ALMEIDA, Mariza Silva. **integralidade do cuidado à Saúde da Mulher: limites da prática profissional**. Salvador (BA): Rev Baiana de Enferm v.13 n.1 p.154-160, 2015.

MAZOCO, Tereza Cristina Costa; TAHARA, Angela Tamiko Sato; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde**. Salvador (BA): Rev Baiana de Enferm v.14, n. 1, p. 57-65, 2001.

FREGONEZE, Gisleine Bartolomei TRIGUEIRO, Rodrigo de Menezes; RICIERI, Marilucia, BOTELHO, Joacy M. **Metodologia científica**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2014.

GARCIA, Paula Trindade. Saúde da mulher. **Universidade Aberta do SUS – UNASUS**: São Luís, 2013.

MARTINS, Joana Coelho. **Hipertensão na Gravidez: Tratamento e Prevenção**. Dissertação Mestrado Integrado Em Ciências Farmacêuticas-Universidade Do Algarve Faculdade De Ciências E Tecnologia, 2014.

MOURA, Marta David Rocha de. CASTRTO, Márcia Pimentel de. MARGOTTO, Paulo Roberto. RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza. **Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal**. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S113-S120, 2011.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 3 ed. vol 3. São Caetano do Sul : Difusão Editora, 2007.p.253-266.

NANDA, Diagnósticos de enfermagem da. **Definições e classificação 2018-2020** [recurso eletrônico]. [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, Editado como livro impresso em 2018. ISBN 978-85-8271-504.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018. 52p.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota; OLIVEIRA, Maria Conceição de. **Atenção integral à saúde da mulher: enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina;. 2. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

SILVA, Ângela Karina da Costa; MATOS, Claudinei Gonçalves da Silva; Kamylla FREITAS, Sejane Pouso; COSTA, Elisângelo Aparecido; SOUSA, Marília Cordeiro de. **Importância do enfermeiro na classificação de risco em urgência e emergência obstétrica**. Pesquisar: Goiânia-GO, 2018.

WANNMACHER, Lenita. **Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe**. ISSN 1810-0791 Vol. 1, Nº11 Brasília, Outubro de 2004.

PEREIRA, Walmira Ribeiro.

SAÚDE DA GESTANTE: Revisão da literatura sobre complicações na gestação em decorrência da hipertensão arterial /
Valmira Ribeiro Pereira. Itaituba: FAI, 2019.

Nº de 41 fl. : il.

Orientador: Prof. Esp. Enf. M^a Bernadeti dos Santos Coelho

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, Curso de Bacharel em Enfermagem.

1. Gravidez. 2. Hipertensão. I COELHO, M^a Bernadeti. II Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2019.