



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**LAUANI ROCHA DE SOUZA**

**SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL E SEUS  
REFLEXOS NEONATAL**

ARIQUEMES-RO  
2017

**Lauani Rocha de Souza**

**SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL E SEUS  
REFLEXOS NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Prof. Orientador: Rafael Alves Pereira

ARIQUEMES-RO

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

S7293s SOUZA, Lauani Rocha de.

Síndrome hipertensiva gestacional e seus reflexos neonatal. / por Lauani Rocha de Souza. Ariquemes: FAEMA, 2017.

50 p.

Trabalho de Conclusão de Curso - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Prof. Esp. Rafael Alves Pereira.

1. Enfermagem. 2. Pré-Eclâmpsia. 3. Eclâmpsia. 4. Hipertensão. 5. Assistência em Enfermagem. I. PEREIRA, Rafael Alves. II. Título. III. FAEMA.

CDD: 610.73

**Bibliotecário Responsável**  
**EDSON RODRIGUES CAVALCANTE**  
CRB 677/11

**Lauani Rocha de Souza**

**SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL E SEUS  
REFLEXOS NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em enfermagem.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientador Prof. Esp. Rafael Alves Pereira  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - Faema

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Sônia Carvalho de Santana  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - Faema

---

Prof. Esp. Igor da Silveira Nascimento  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - Faema

## DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais Ivo Alves e M<sup>a</sup> Cindineis pelo amor incondicional, total compreensão e apoio. Obrigada por vocês estarem ao meu lado e por fazerem parte desta trajetória.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente á Deus, por ser meu refúgio, fortaleza e por ter me concedido o dom da vida.

Ao Prof. Orientador Rafael Alves Pereira, pela dedicação em todas as etapas de elaboração deste trabalho. Muito obrigada!

Aos meus pais e minhas irmãs Liria e Thais pela compreensão e apoio, e por terem me ajudado a superar todas as dificuldades vivenciadas no decorrer desta graduação. Amo vocês!

Agradeço a minhas amigas: Fernanda, Silmara, Adeilma, Josimari e Keila, pois juntas trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

Agradeço aos meus avós e familiares, que de algum modo contribuíram para minha formação e para a realização e finalização deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

“Plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar, que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!”

**William Shakespeare**

## RESUMO

A hipertensão arterial gestacional é definida a partir da elevação dos níveis pressóricos da pressão arterial, apresentando uma pressão sistólica, maior que 140 mmHg e pressão arterial diastólica, maior que 90 mmHg sendo observada na paciente em estado de repouso. O presente estudo estabelece como objetivo, descrever sobre a síndrome hipertensiva gestacional, enfatizando o papel do enfermeiro na prevenção e na assistência à gestante. Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo-exploratório. Utilizou-se como banco de dados disponíveis ao acesso comum, como: Medical Literature Analysis And Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico, Universidade de São Paulo (USP) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Dessa forma cabe ressaltar que a síndrome hipertensiva gestacional é classificada pela elevação da pressão arterial sistólica a mais de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg. Podendo ser ocasionada por fatores de risco como: obesidade, raça negra, diabetes, gravidez múltipla, primiparidade, idade acima de 30 anos, doença renal e histórica de pré-eclâmpsia ou hipertensão na família. Suas complicações evidenciadas ao recém-nascido são: prematuridade, episódio de partos de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG), necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, necessidade de suporte ventilatório e maior incidência de mortalidade perinatal. Cabe ao profissional enfermeiro promover uma assistência qualificada e um olhar atento aos sinais e sintomas encontrados na mãe.

**Palavras-chaves:** Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão induzida pela gravidez, Assistência pré-natal e Fatores de risco.



## ABSTRACT

Gestational hypertension is defined as the elevation of blood pressure levels, with a systolic pressure greater than 140 mmHg and diastolic blood pressure greater than 90 mmHg and observed in the resting state. The present study aims to describe gestational hypertensive syndrome, emphasizing the role of nurses in the prevention and care of pregnant women. This is a literature review, of a descriptive-exploratory nature. It was used as a database available to common access, such as: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar, University of São Paulo (USP) and Virtual Health Library (VHL). Thus, it is important to emphasize that gestational hypertensive syndrome is classified by elevation of systolic blood pressure to more than 140 mmHg and diastolic above 90 mmHg. It can be caused by risk factors such as obesity, black race, diabetes, multiple pregnancy, primiparity, age above 30 years, renal and historical disease of pre-eclampsia or hypertension in the family. Its complications are: prematurity, small fetuses for gestational age (SGA), neonatal Intensive Care Unit (ICU), need for ventilatory support, and a higher incidence of perinatal mortality. It is up to the professional nurse to promote qualified care and a look at the signs and symptoms found in the mother.

**Keywords:** Pre-eclampsia, Eclampsia, Pregnancy-induced hypertension, Prenatal care and Risk factors.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação dos níveis pressóricos da PA para adultos.....	20
Tabela 2 - Características de mulheres grávidas com HAC.....	24
Tabela 3 - Propriedades da PE grave.....	27
Tabela 4 - Fatores que contribuem para a sobreposição da pré-eclâmpsia.....	35
Tabela 5 - Fatores que classificam a gestação de alto risco.....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DST	Doença Sexualmente Transmissível
E	Eclâmpsia
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes e Low Platelet
HG	Hipertensão Gestacional
HLA	Human Leucocyte Antigens
MEV	Mudança do estilo de vida
NHBPEP	National High Blood Pressure Education Program
OR	Organização de resultados
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PE	Pré-eclâmpsia
PIG	Pequeno Para Idade Gestacional
POI	Pós Operatório Imediato
SHG	Síndrome Hipertensiva Gestacional
SISPRENATAL	Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	15
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
4.1 SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL .....	17
4.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	19
4.3 FATORES CONTRIBUINTES PARA O DIAGNOSTICO DA SHG .....	20
4.4 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DA SHG.....	21
4.5 HIPERTENSÃO CRÔNICA NA SHG .....	23
4.6 PRÉ-ECLÂMPسيا .....	24
4.7 ECLÂMPسيا .....	27
4.8 HIPERTENSÃO CRÔNICA COM PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPOSTA .....	29
4.9 SÍNDROME HELLP .....	30
<b>5 FATORES DE RISCO QUE PREDISPÕEM AO SURGIMENTO DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL</b> .....	<b>32</b>
<b>6 SHG COMO FATOR DE CLASSIFICAÇÃO PARA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO</b> .....	<b>35</b>
<b>7 EFEITOS DECORRENTES DE UMA GESTAÇÃO HIPERTENSIVA A RECÉM- NASCIDOS E A MÃE</b> .....	<b>39</b>
<b>8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL</b> .....	<b>40</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIA</b> .....	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

A síndrome hipertensiva arterial sistêmica (HAS) é definida pela elevação constante da pressão arterial (PA), apresentando conseqüentemente o aumento de doenças cardíacas como a aterosclerose, acompanhada do aumento de cardiopatias de origem isquêmica, seguidas de doenças que ocasionam danos cérebro vascular, além do comprometimento da vascularização renal e da região periférica. Devido ao excesso de trabalho exercido pelo ventrículo esquerdo, ocasionada conseqüentemente pela associação a HAS, promovendo assim o surgimento de possíveis complicações cardiológicas como a cardiopatia hipertensiva. Sendo considerada uma etiologia comum para a insuficiência cardíaca, ocasionando constantemente o surgimento de uma disfunção do rim (COSTA et al., 2005).

De acordo com Costa et al. (2005 ) a hipertensão arterial que surge durante o período gestacional é determinada a partir da elevação da pressão arterial sistólica (PAS) superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior que 90 mmHg sendo observada na paciente em estado de repouso. Durante o período gestacional, podem ocorrer algumas intercorrências que são responsáveis pela elevação da pressão arterial neste período. Podendo evoluir para algumas complicações durante o tempo gravídico do puerpério, sendo estas complicações como a síndrome de HELLP e pré-eclâmpsia/eclâmpsia (BRASIL, 2013).

Melo et al. (2009) relatam que as gestantes acometidas pela hipertensão, na maioria dos casos evoluem gravemente para a ocorrência de um acidente vascular cerebral ou AVC, progredir para uma eclâmpsia avançando para um edema agudo dos pulmões, eclâmpsia futuramente, além de apresentar uma síndrome de HELLP e uma redução na função renal, por meio da oligúria. Já Assis et al. (2008) classificam a síndrome hipertensiva gestacional (SHG) na sua forma crônica, crônica superajuntada, pré-eclâmpsia (PE), hipertensão gestacional (HG), além do surgimento da eclâmpsia. Dessa forma se estabelece como fatores responsáveis pelo surgimento síndrome hipertensiva no decorrer da gestação, tendo como exemplo de doenças: acúmulo de peso, insuficiência renal, doença portadora de glicose na circulação sanguínea, primiparidade, inúmeras gestações, apresentar idade acima de trinta anos, ter algum caso de PE ou HAC em sua própria família, ser de etnia afrodescendente.

O profissional enfermeiro é um dos primeiros a entrar em contato com a gestante durante as consultas de pré-natal e durante as eventuais ocorrências de tologia, a partir desta concepção tornar-se imprescindível que o profissional seja dotado de conhecimentos científicos atualizados para a realização da assistência prestada a gestante (FERREIRA et al., 2016). A síndrome hipertensiva gestacional pode efetuar algumas complicações, que pode repercutir na mãe após o parto, e para seu próprio feto. Complicações estas, que serão abordadas no transcórrer do estudo, objetivando contribuir para o maior conhecimento e melhor compreensão dos profissionais enfermeiros e conseqüentemente colaborando para a qualificação na assistência prestada e na redução de casos de morte materno fetal no país.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a síndrome hipertensiva gestacional, enfatizando o papel do enfermeiro na prevenção e na assistência à gestante.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever sobre os fatores de risco que predispõe ao surgimento da síndrome hipertensiva;

Destacar os efeitos decorrentes de uma gestação hipertensiva ao recém-nascido e a mãe;

Apresentar o papel do enfermeiro na prevenção da síndrome hipertensiva gestacional, ressaltando sua assistência a gestante.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, com caráter descritivo-exploratório, utilizando as bases de dados gratuitas disponíveis ao acesso comum, como: Medical Literature Analysis And Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Universidade de São Paulo (USP) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Os descritores da ciência da saúde (DECS), utilizados na pesquisa, foram: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão induzida pela gravidez, assistência pré-natal e fatores de risco. Os descritores utilizados são de origem da língua portuguesa, sendo apenas um artigo de origem espanhola, a seleção das fontes para pesquisa correu no período do mês de agosto do ano de 2016 a setembro de 2017.

Foram empregues para a execução da pesquisa, 60 artigos científicos, destes apenas 25 artigos foi selecionados para ser utilizado, sendo um desses artigos da língua espanhola, seguido de 4 manuais do Ministério da Saúde, contabilizando 29 fontes para a elaboração do estudo. O estudo apresenta como critério de inclusão artigos publicado no período de 2003 á 2017, sendo a seleção do mesmo, feita com base no título e no resumo da obra apresentado. Sendo empregados artigos palavras chaves como: pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, sendo coerente ao tema. Foram estabelecidos como critério de exclusão da pesquisa, materiais que não apresentava a temática sugerida pelo estudo, não atendendo aos critérios de inclusão citado anteriormente.



## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL

A hipertensão gestacional e suas síndromes hipertensivas merecem reconhecimento mundial no âmbito do bem estar coletivo. Hoje é responsável por a 3º determinante das causas de mortalidade de mães no mundo, sendo a 1º no Brasil. Para os países considerados desenvolvidos, o número de gestantes que apresentam HG são em torno de 2 a 8 para cada cem mulheres grávidas; já no Brasil esses dados vão além, chegando a representar dez por cento de todos os episódios. Decorrente da complexidade da HG, a mesma passa a ser estimada como uma das principais causas responsáveis por internação de gestantes em UTI. A HG é considerada como um dos quesitos responsáveis por ocasionar o surgimento de morbidade para mãe, classificada como crítica (NORONHA et al., 2010).

Hipertensão gestacional é decorrente do processo de elevação dos níveis pressóricos da pressão diastólica e sistólica da parede do vaso sanguíneo, que normalmente surge posteriormente à vigésima semana de gestação. Apresentando uma incidência maior próximo ao período do parto ou no puerpério imediato, com proteinúria ausente. Após o término do parto a PA visa manter-se normotensa, visto que sua intensidade maior é no período que abrange as doze semanas iniciais do tempo puerperal. Por conseguinte definida como "transitória", sendo responsável por contribuir com de gestações futuras, resultando em aproximadamente oitenta por cento dos casos (BRASIL, 2013).

Pode-se afirmar que, essas mulheres estão predispostas a desenvolverem hipertensão arterial futuramente. Nos casos de hipertensão contínua, ela passa a ser chamada de "crônica", tratando-se de um diagnóstico retrospectivo, já que as complicações presentes nas pacientes no momento da avaliação surgiram sem a presença de proteinúria, podendo evoluir para pré-eclâmpsia (BRASIL, 2013). Costa et al. (2005) relatam que gestantes ao apresentarem valores iguais ou superiores a 140x90mmHg estabelecidos a PA, são classificadas como portadoras de uma doença hipertensiva.

O Ministério da Saúde (2013) salienta que o processo hipertensivo arterial sistêmico (HAS) desenvolvido pelas mulheres no decorrer da gestação é uma das causas mais frequentes para o surgimento de complicações durante o período gestacional, tornando-se responsável pelo comprometimento de 5% a 10% das gestações, se caracterizando como fator fundamental para impulsionar o desenvolvimento da morbimortalidade para o binômio.

Conforme Costa et al. (2005), o processo de verificação da pressão deve ser realizado com as pacientes em pleno estado de repouso, evitando assim resultados indesejados. O mesmo estabelece de forma clara sua categorização para as complicações decorrentes na gestação. Dessa forma as intercorrências são listadas da seguinte forma: pré-eclâmpsia/eclâmpsia (PE/E), hipertensão gestacional (HG), hipertensão crônica (HC) e hipertensão crônica sobreposta a pré-eclâmpsia. Segundo Carvalho et al. (2006), a hipertensão gestacional (HG) é estabelecida pela elevação dos níveis pressóricos da pressão durante o período gestacional, livre da presença de proteinúria, sendo normalizada depois das doze primeiras semanas de preparação. O episódio está comumente correlacionado a possíveis gestações recorrentes e futuras e com possíveis complicações de doenças cardiovasculares.

O período gestacional e o trabalho de parto demandam uma assistência adequada para que haja minimização de novos casos de morbimortalidade tanto da mãe quanto do filho. Assim, pode-se estabelecer que apenas uma parte da morte quantificada das crianças é responsável por representar aproximadamente a totalidade dos óbitos maternos, decorrente da falta de assistência a partir do começo do período gestacional ao término com o pós-parto imediato (CHRESTANI et al., 2008). Robles (2015) alerta sobre os fatores de risco presente em determinadas gestações, para que sejam considerados como uma maneira de controlar a morbimortalidade futura.

O desenvolvimento da doença hipertensiva durante a gestação é considerada uma intercorrência de maior relevância durante o período gestacional, pois é considerada como uma das complicações de maior complexidade, apresentando indicadores de 6 a 30% de mulheres grávidas. Resultados estes, responsáveis por definir com grande clareza as chances de morbimortalidade para mãe e o feto (ASSIS et al., 2008). O processo hipertensivo desenvolvido por grande parte das mulheres brasileiras durante seu período gestacional é responsável por acometer 7,5% de todas as gestações no Brasil. Ocasionalmente conseqüentemente um

percentual de 20 a 25% de todas as mortes maternas no país decorrente do processo hipertensivo desenvolvido durante a gestação (RODRIGUES, 2016).

#### 4.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL

A pressão arterial corresponde ao valor igual ou superior á 140/90 mmHg fundamentada após duas verificações pelo menos. O processo de verificação da pressão arterial (PA) é realizada através da ausculta do primeiro som, ou seja pressão sistólica (PS), o segundo rumor é definido como uma emissão de som de Korotkoff por ser encontrado no 5° espaço intercostal, ou seja a dissipação do fenômeno acústico produzido sendo decorrente da pressão arterial diastólica (PAD). O processo de verificação da PA deve ser realizado com a paciente posicionada na cadeira e com seu membro superior esquerdo elevado próximo a altura do coração, utilizando um esfignomanômetro com o tamanho adequado ao braço da gestante. Com intuito de apresentar um resultado fidedigno durante a verificação da PA, sem haver alterações durante a verificação do resultado. Se o valor obtido for consideradamente maior em um braço comparado ao outro braço, deve se considerar o braço que apresentar o maior resultado na pressão arterial, pois apresenta um resultado mais autêntico durante a aferição da PA e que deve ser utilizado nas próximas verificações (BRASIL, 2010).

Para a execução da prática de verificação da pressão arterial é recomendado a utilização de dispositivos que contenham mercúrio, por apresentar valores fidedignos a leitura do resultado. Para a utilização de aparelhos automáticos (digitais) é recomendado realizar a validação do aparelho, garantindo seu bom desempenho (BRASIL, 2010). A PA é estabelecida após a sua verificação, e com seus valores apresentados após sua verificação, é possível classificar essa PA em normotensão com valores de 120 mmHg na pressão arterial sistólica e 80mmHg na pressão arterial diastólica (PA normal), quando a paciente apresentar PAS130mmHg e 80mmHg na PAD é considerada uma PA limítrofe (limite da PA), e quando os valores for superior ou igual a PAS 140mmHg e PAD 90mmHg essa PA é classificada como HAS (BRASIL, 2013).

A tabela abaixo estabelece os valores pressóricos, obtidos por meio da aferição da pressão arterial e sua forma de classificação:

Tabela 1- Classificação dos níveis pressóricos da PA para adultos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (BRASIL, 2013).

#### 4.3. FATORES CONTRIBUINTES PARA O DIAGNOSTICO DA SHG

O diagnóstico para a síndrome hipertensiva gestacional, pode ser realizado por meio de alguns fatores contribuintes, temos como exemplo a proteinúria, plaquetopenia, presença de enzimas presentes no fígado e a anemia microangiopática, que abordaremos logo abaixo (BRASIL, 2010).

**Proteinúria:** Determinada a partir da liberação de 0,3g de proteína ou superior a esse valor, na urina no período de vinte e quatro horas, ou com um mais na fita de exames, sendo realizada em dois momentos, utilizando apenas um modelo exclusivo livre de qualquer forma de contaminação. Decorrente ao fato de haver uma discordância entre a proteinúria de peça exclusiva e a comparada a de coleta realizada no período de 24 horas, o diagnóstico para a pré-eclâmpsia, sendo assim para o exame a ser realizado como forma de parâmetro a ser seguido, são as amostras urinárias coletadas no período de 24 horas. Diferente da técnica utilizada há a relação da proteína com a creatinina urinária, realizada com apenas uma mostra. Este tipo de prática permite que seu produto, decorrente da separação dos valores da proteína e da creatinina presentes na urina, com valor de 0,3 presente em peça de vinte e quatro horas, sendo definido como uma adequada relação à proteinúria. **Plaquetopenia:** Valor inferior a 100.000/mm<sup>3</sup>, apresentando grau de complexidade elevada quando o resultado for menos que 50.000/mm<sup>3</sup>. **Acréscimo de enzimas presentes no fígado:** Aspartato aminotransferase (AST) ou

Transaminase Glutâmica Oxalacética (TGO) e Alanina aminotransferase (ALT) ou Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP) >60U/L, e Desidrogenase láctica (DHL) >600U/L. Anemia microangiopática: Bilirrubina apresentando valo superior a 1,2 mg/dL, e aspecto expressivo de esquizócitos na corrente sanguínea superficial (BRASIL, 2010).

#### 4.4. PANORAMA EPIDEMIOLOGICOS DA SHG

A síndrome hipertensiva é caracteriza como um grande problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Apresentando no Brasil uma prevalência que varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), atingindo mais de 50% das pessoas com idade entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O processo hipertensivo desenvolvido no decorrer da gestação é responsável pro acometer aproximadamente 6 a 8% das mulheres gravidas. A HG é classificada em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, a mesma constitui a forma mais frequente (FERRÃO et al., 2006).

Estudos realizados no Brasil apontam como causa da prematuridade, a síndrome hipertensiva da gestacional, por representar cerca de 38% dos nascimentos pré-termo, realizado por gestantes que efetivaram o tratamento medicamentoso por meio do uso de anti-hipertensivos para a HG. Essas gestantes são consideradas grupo de alto risco para a prematuridade. Desta forma se faz necessário o conhecimento técnico científico do profissional enfermeiro e sua equipe multidisciplinar, compreender a fisiopatologia do processo hipertensivo, o que consequentemente contribui para o diagnóstico precoce e por meio do acompanhamento realizado durante as consultas de pré-natal prover a paciente orientações para MEV e reduzindo assim os resultados para morte materno-fetal (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011 apud ZANATELLI et al., 2016).

Em um estudo realizado com gestantes, 61,4% dessas gestantes analisadas no estudo apenas 6,1% das gestantes realizaram pelo menos seis consultas do pré-natal, conforme exigidas pela Organização Mundial de Saúde. as consultas de pré-natal é de extrema importância pois permite ao profissional acompanhar a evolução

do quadro clínico da gestante além de detectar possíveis fatores de risco para gestação ou até mesmo o surgimento de determinadas patologias que são frequentes no período gestacional. (BEZERRA et al., 2005 apud ZANATELLI et al., 2016).

Segundo Morse et al (2011) o Brasil por ser um em desenvolvimento, apresenta uma estimativa de razão mortalidade materna (RMM) com valores de 77,2/100.000 nascidos vivos (NV). Sendo assim configurada como um problema de saúde pública por apresentar resultados considerados altos, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006. Ganham como destaque as regiões Norte e Nordeste por apresentar os piores indicadores, enquanto nas regiões Sul e Sudeste os menores indicadores para RMM.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como níveis aceitáveis de mortalidade materna com um percentual de 20 mortes por 100 mil NV (nascido vivo), além disso, classifica a mortalidade materna como baixa com valores até 20, média com valores de 20 a 49, alta com valores de 50 a 149 e muito alta quando apresentar valores acima de 150/100 mil NV. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Desta forma, considerando a classificação da OMS nossos índices continuam altos. Moraes et al (2013) define que as causas obstétricas são responsáveis por 75% dos óbitos maternos, sendo estas causas especificadas como síndromes hipertensivas, seguida das hemorragias, e infecções puerperais.

#### 4.5. HIPERTENSÃO CRÔNICA NA SHG

Peraçoli e Parpinelli (2005) definem a hipertensão crônica como uma doença caracterizada clinicamente pela elevação dos valores da PA posteriormente a vigésima semana de gestação, estando associada à proteína ou não. Sendo assintomática neste período e podendo ser diagnosticada exclusivamente pela realização do exame físico e por meio da coleta de dados laboratoriais das gestantes. Quando a síndrome hipertensiva apresenta uma evolução natural, sem a realização de tratamentos, a mesma pode evoluir para formas mais graves como, por exemplo, eclâmpsia e a síndrome HELLP.

Conforme o Ministério da Saúde a hipertensão crônica é estabelecida por meio de registros anteriores relacionados ao processo hipertensivo que antecipa o período gestacional no período que ocorre anteriormente a vigésima semana

gestacional ou doze semanas após o parto. Essa afirmação não está interligada a edema e proteinúria, mesmo 12 semanas após parto, e desde que não tenha apresentado nenhum dano renal durante a gestação (BRASIL, 2013).

Por meio de estudos realizados pode se observar que grande parte das mulheres com HAC, apresentaram os piores desfechos maternos e fetais, aumentando as chances para o surgimento de uma PE sobreposta, cesariana, feto prematuro, massa corporal inferior a dois quilos e quinhentas gramas. O estudo aponta que grande parte das gestantes realizou parto cesáreo, o que de certa forma já esta previsto por ser visualizada pelo mercado como uma ação constante para os casos de hipertensão arterial crônica, mas que pode ser repensada. O resultado obtido para os recém-nascidos (RN) foi: nascimento antes do período esperado e PIG (RODRIGUES, 2016).

Conforme o especialista Rodrigues (2016) as pacientes com um quadro hipertensivo crônico devem ter sua gravidez considerada como de alto risco, necessitando de total assistência após a escolha de ser mãe. A assistência prestada neste caso é composta por um grupo de vários profissionais da saúde, durante todo o período gestacional, envolvendo as consultas de enfermagem e consultas médicas durante a gravidez, nascimento e após o nascimento.

A tabela a baixo demonstra didaticamente algumas características presentes em gestantes com hipertensão arterial crônica, conforme ilustrada a seguir.

Tabela 2- Características de mulheres grávidas com HAC

Característica	Valor
Descobriram HA na estação atual	14,9%
Tempo de reconhecimento da HA (anos).	
≤ 5 a	60,4%
> 5a e ≤ 10a	23,7%
>10a	15,9%
Total	100%
Nefropatia prévia	7,8%
Tratamento medicamentoso da HA prévio à gestação	79,6%
Número de drogas no tratamento da HA prévia	
uma	66,6%
Duas	29,5%
Três ou mais	3,9%
Total	100%
IMC pré-gestacional (kg/m <sup>2</sup> )	
< 25	24,2%
25 a 29,9	29,3%
> ou = 30	46,5%
Total	100%
Antecedente familiar de HA n/n total (%)	97/100 (97%)
Antecedente de familiar de pré-eclâmpsia-eclâmpsia n/n total (%)	7/97(7,2%)
Pressão sistólica ≥ 140 mmHg	24,3%
Pressão diastólica ≥ 90 mmHg	28,2%

Fonte: Junior et al. (2016).

#### 4.6 PRÉ-ECLÂMPسيا

Considerada uma síndrome composta por inúmeros fatores, a PE não possui uma causa própria, até o devido momento é desconhecida, apresentando resultados de cinco a sete por cento de todas grávidas no planeta. Sua forma clínica e o início das manifestações dos sintomas no decorrer da gravidez, e suas complicações para a paciente e para o feto são variáveis (REIS et al., 2010). Conforme Costa et al. (2005), a pré-eclâmpsia pode ser definida como um quadro hipertensivo que surgiu na gestação a partir da 20ª semana de gravidez, seguida dos resultados contundentes para proteinúria, detectados na análise laboratorial.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a PE é determinada como uma hipertensão que surgiu posteriormente às vinte semanas gestacionais seguida da presença dos níveis de proteinúria, sendo dissipada até doze semanas pós-parto. Na carência da proteinúria, a suspeita para pré-eclâmpsia se fortalece quando a gestante começa a apresentar um aumento da pressão arterial, dor de



cabeça, acuidade visual, algia na região abdominal, plaquetopenia e acréscimo das diástases figadais.

A pré-eclâmpsia, conforme o Ministério da Saúde é oriundo de um processo hipertensivo acompanhado por proteínas detectadas na urina, (sendo considerada 300mg ou mais de proteína em uma amostra de urina coletada em um período de 24h), posteriormente as vinte semanas de gravidez, em gestantes denominadas normotensas. A PE é considerada uma síndrome decorrente da desordem multissistêmica, idiopática, característica da gestação humana e juntamente com puerpério, interligada a um distúrbio placentário que percorre mutuamente com a vasoconstrição elevada e uma queda de perfusão. O edema apresentado pelas gestantes durante o período puerperal passa a não ser mais utilizado como parâmetro para diagnóstico da síndrome, mesmo sendo constantemente observada no quadro clínico (BRASIL, 2013).

Segundo Noronha et al, (2010), a pré-eclâmpsia permanece sendo uma síndrome que induz ao surgimento de graves repercussões para a puérpera e para o feto. Por apresentar poucos estudos a respeito de sua etiologia, inúmeras teorias foram recomendadas com intuito de compreender o quadro clínico. Através de alguns estudos, pode-se indicar que a experiência de fatores imunogenéticos com aceitável insinuação do gene da síntese do óxido nítrico e do sistema HLA (Human Leucocyte Antigens) são considerados marcos iniciais no processo fisiopatológico. Outra questão importante a ser discutida é a real importância desses aspectos, juntamente com o endotélio, provavelmente seriam decorrentes das alterações que ocorrem durante o período gestacional, ocasionando o início da cascata inflamatória natural na gestação. Sendo essas mudanças responsáveis por contribuir para uma irregular acomodação placentária, apresentando intercorrência da remodelação e da penetração de interstícios trofoblásticas nas arteríolas com formato de espiral e seguido por uma pequena perfusão do canal placentário.

O processo de isquemia da circulação uteroplacentária ocasiona a liberação de conteúdos considerados vasoativos na corrente sanguínea da mãe, originando dano na região endotelial e naturalmente alterações em seu desempenho. O dano causado na região do endotélio vem a acarretar inúmeras modificações na interconexão do tecido com o sangue, envolvendo associação das plaquetas, acionamento do processo de coagulação sanguínea, ampliação da permeabilidade da luz do vaso e avanço da reatividade e da elasticidade do músculo

liso vascular. Apresentando como resultado final, o surgimento de espasmos vasculares e arterial, ocasionando modificações no funcionamento e em sua morfologia, presente em inúmeros aparelhos viscerais, ocasionando conseqüentemente uma pré-eclâmpsia com complicações em seu quadro clínico (NORONHA et al., 2010).

Reis et al (2010), agrupam de maneira antecipada a pré-eclâmpsia a partir do início precoce e tardio, apresentando resultados clínicos responsáveis por estabelecer institutos separados, demonstrando assim, que o organismo etiopatogênicos dá início em períodos diferentes. A pré-eclâmpsia é considerada por meio da fase tardia, surgindo após a trigésima quarta semana de gravidez, normalmente é ocasionada pelo comprometimento da placenta. É caracteriza pelo déficit na resistência no curso das artérias do útero, ocasionando dessa forma a danificação do desenvolvimento do feto, apresentando dados perinatais mais coniventes.

Segundo o autor supracitado, casos de PE, que se apresentam antes da trigésima quarta semana de gravidez, passam a ser considerada abaixo dos valores esperados, associando-se à forma clinicamente mais grave, refletindo na falta de fluxo sanguíneo na placenta. Estabelecendo como forma de elemento genético dados mais definitivos, com grandes índices de repetição em seu prognóstico, sendo ameaçador para a mãe e feto. Desta forma a PE ocasiona uma redução no crescimento do feto ainda na região intrauterina, sendo assim responsável pelo processo de irregularidades na realização da doplervelocimetria nas artérias uterinas.

O processo da PE é considerado como leve ou grave, conforme o nível de compromisso da doença. É classificada como grave, quando a gestante apresentar alguns dos critérios a seguir:

Tabela 3 - Propriedades da PE grave

Característica	Valor
Pressão arterial diastólica igual/maior que	110 mmHg
Proteinúria igual/maior que	2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
Oligúria	(menor que 500 ml/dia, ou 25ml/hora)
Níveis séricos de creatinina maiores que	1,2mg/dL
Sinais de encefalopatia hipertensiva	(cefaleia e distúrbios visuais)
Algia em região epigástrica ou no hipocôndrio direito	
Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatias	
Plaquetopenia	(<100.000/mm <sup>3</sup> )
Aumento de enzimas hepáticas	(AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas.
Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico	
Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:	
Acidente vascular cerebral	
Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose.	
Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio	

Fonte: (BRASIL, 2010, p. 28)

#### 4.7 ECLÂMPSIA

A Eclâmpsia é determinada a partir do surgimento de crises convulsivas, consideradas tônico-clônicas de forma generalizada, podendo evoluindo para o coma. O processo de eclâmpsia é desenvolvido por pacientes que apresentam um quadro hipertensivo durante o período gestacional ou pré eclâmpsia, cabe salientar que as crises convulsivas da eclâmpsia, não possuem nem uma relação com possíveis doenças neurológicas. A crise pode estar ocorrendo durante a gestação, no decorrer do trabalho de parto e durante o puerpério imediato. A maioria dos casos acontece em gestações caracterizadas como pré-termo sendo 13 e 25% no

puerpério considerado tardio ou com mais de 48 horas após parto (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

A eclâmpsia é estabelecida como um agravo decorrente da pré-eclâmpsia, desenvolvido durante o período gestacional da paciente. A mesma demonstra como uma das suas características, o surgimento de crises convulsivas desenvolvida pela gestante, devido à elevação sua PA. (BRASIL, 2013).

Os sinais e sintomas frequentemente observados durante uma eminente crise de eclâmpsia são: disfunção do sistema nervoso central a partir do surgimento de cefaleia na região frontal e occipital, torpor, obnubilação e modificações do comportamento; alterações visuais como escotomas, fosfenas, visão turva e até amaurose e na região gástrica, ocorre mudanças como o surgimento de náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico. Não há nenhuma causa conhecida que justifique o desenvolvimento das convulsões. Porém algumas teorias propõem a correlação do vasoespasma cerebral com a isquemia local, a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão, o edema vasogênico e a lesão endotelial. Pacientes hipertensivas, que apresentaram crises convulsivas deve ser diagnosticada inicialmente com eclâmpsia. (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005)

Concordando com o autor supracitado anterior mente, a eclâmpsia apresenta como uma forma de profilaxia a assistência obstétrica de forma qualificada em parceria com a gestante, por ser considerada uma doença influente em populações consideradas de baixo nível socioeconômico e por fazer parte de países em desenvolvimento, alternando os indicadores de mortalidade materna com a qualidade do acesso aos cuidados de saúde. Ainda que a maioria das mulheres gestantes apresentem alguns sintomas que antecede a convulsão, como cefaleia frontal ou temporal e o surgimento de mudanças na visão, em alguns casos a paciente não apresenta nenhuma destas alterações. Cabe salientar que 20 a 38% das mulheres que desenvolvem a crise convulsiva apresentam PA com valores inferior a 140/90 mmHg, antes da primeira crise convulsiva.

#### 4.8 HIPERTENSÃO CRÔNICA COM PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPOSTA

O processo de pré-eclâmpسيا sobreposta decorrente da HC, ocasionada pela elevação exacerbada dos valores presentes nos níveis pressóricos da PA, sendo acrescentado à proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades resultantes do desempenho do fígado em pacientes gestantes, sendo atribuídas pela HAS, de forma crônica, com IG (Idade gestacional) maior que vinte semanas. (BRASIL, 2013).

A tabela abaixo identifica alguns fatores que contribuem para a sobreposição da pré-eclâmpسيا em pacientes com HC durante a gestação:

Tabela 4 - Fatores que contribuem para a sobreposição da pré-eclâmpسيا

Característica	Valor
1) Elevações severas da pressão arterial	(maior que 160 x 110 mmHg);
2) Proteinúria maciça	(mais de 2,0 g/24 horas);
3) Os níveis pressóricos aumentados significativamente após um período de controle;	
4) A creatinina sérica atingir valores superiores a	1,2 mg/dl.

Fonte: (BRANDÃO et al., 2014).

Para o Ministério da Saúde (2010) a hipertensão crônica com sobreposição a PE é estabelecida por meio do nascimento de uma pré-eclâmpسيا em gestantes que já apresentam hipertensão crônica ou alguma doença renal. Para essas pacientes ocorre um agravo do caso clínico desta mãe, sendo acompanhada pelo surgimento da proteinúria ou até mesmo sua complicação caso já tenha, a partir da 20ª semana de gestação. Durante o decorrer da gestação a paciente pode apresentar trombocitopenia e incidir na elevação das enzimas hepáticas.

Gestantes que desenvolvem HG no início da gravidez, pode em gestações futuras estar apresentando um novo episódio hipertensivo, evoluindo para um quadro crônico ou hipertensão crônica promovendo assim o surgimento de alarmantes para a morbimortalidade materna. Grande parte das intercorrências oriundas da HC esta

interligada a pré-eclâmpsia sobreposta, por ser constante e por apresentar maior visibilidade quando próxima a outras complicações como hipertensão em um período maior há quatro anos, ter algum caso de PE em alguma gravidez antecedente, estar acima do peso permitido para seu índice de massa corporal (IMC) e ter DM (COSTA et al., 2005).

#### 4.9 SÍNDROME HELLP

A agregação dentre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática com eclâmpsia ficou descrita na literatura na década de cinquenta. Em 1982, Weinstein aglomerou estas alterações a respeito do acrônimo de HELLP, é estabelecida como uma forma de evolução da PE grave/eclâmpsia apresentado resultados insatisfatórios sem a realização do esclarecimento dos modelos bioquímicos e hematológicos ao diagnóstico (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Segundo, os autores supracitados anteriormente, o processo de definição do perfil de risco gestacional para o desenvolvimento da síndrome de HELLP, é baseado em casuísticas de alguns autores que de certa forma não são consideradas consensuais. Sendo assim e classificada como de elevado risco, para o desenvolvimento desta problemática, as mães definidas com PE grave/eclâmpsia que apresentam uma idade maior que vinte e cinco anos, com várias gestações anteriores sendo de raça branca. Cerca de um terço dos casos apresentados, se desenvolve durante o tempo puerperal.

É uma síndrome considera de alta complexidade, por acometer aproximadamente 4% a 12% das pacientes que apresentam PE/E, estando correlacionada aos resultados elevados de morbiletalidade para mãe e o feto. Esta síndrome esta inter-relacionada aos episódios de vaso espasmo desenvolvidos no fígado das gestantes. Sua sintomatologia muito pobre, destacando apenas um mal estar, dor na região do hipocôndrio direito (epigastria), inapetência, náuseas, cefaleia e vômito (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento da doença é ocasionado pela falta de sulfato ferroso na corrente sanguínea, em parceria com as disfunções hemolíticas microangiopática sendo considerado o limite da síndrome HELLP. Dessa forma o processo de distorção (esquizócitos) integrada ao extermínio de hemácias presentes

na microcirculação, subsidiadas pelo agravo no endotélio, apresentando conseqüentemente pequenos vasos espasmos e o acúmulo de fibrina na lateral do vaso, responsável por acarretar o acionamento, e a associação de maior gasto na periferia da plaqueta. As modificações apresentadas são consideradas comuns para o processo de fisiologia patológica da PE (PERAÇOLI; PARPINELLI, p. 630. 2005).

Seguindo alinhamento de pensamento do autor anterior, a lesão hepática é apresentada por conter morte tecidual parenquimatosa focal, com armazenamento de material hialino nos sinusóides figadais. As mudanças decorrentes da lesão surgiram pelo aumento das diástases do fígado e pela algia no quadrante superior direito (QSD) do abdome, constantemente observada nas gestantes com esta doença. Em alguns momentos pode acontecer um sangramento dentro do fígado com desenvolvimento de um hematoma subcapsular, ocasionando uma confusão aumentando os valores da morbidade e mortalidade, especialmente se acontecer protrusão. A observação da mãe para seu peso elevado e com presença de inchaço é normal.

O diagnóstico pode ser confirmado por meio de exames laboratorial, através da análise dos níveis da plaquetopenia ( $<100.000$  plaquetas/mm<sup>3</sup>), haver apresentação de esquizócitos na corrente sanguínea, elevação dos níveis de desidrogenase láctica (DLH  $> 600$ U/l), presença de bilirrubina total  $> 1,2$ mg/dl, TGO (Transaminase glutâmico-oxalacética)  $> 70$ U/l. Além da confirmação diferencial, realizada por meio da observação do profissional as seguintes complicações apresentadas com esteatose hepática aguda da gravidez, púrpura trombocitopênica, hepatite viral, síndrome hemolítico-urêmica, glomerulonefrite, hiperêmese gravídica, úlcera péptica, pielonefrite, lúpus, uso de cocaína entre outros. Dessa forma estas gestantes que por ventura vir a apresentar as sintomatologias citadas anteriormente, seguida dos exames devem ser levadas para urgência obstétrica, para atendimento especializado por meio de avaliações obstétricas (BRASIL, 2013).

## 5 FATORES DE RISCO QUE PREDISPÕEM AO SURGIMENTO DA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL

Conforme Assis et al.(2008), estabelecem como principais fatores de risco contribuinte para o surgimento da SHG: doença crônica ocasionada pela presença elevada da glicemia na corrente sanguínea, insuficiência dos rins, excesso de peso, várias gestações, primeira gestação, idade acima dos trinta anos, casos detectados na família ou até mesmo com a própria gestante com PE ou HAC e ser caracterizada de origem afrodescendente.

Para o Ministério da Saúde os fatores que são considerados como percussores para a elevação dos fatos decorrentes de uma hipertensão arterial no decorrer do período gestacional são eles: primeira gestação, DM, gravidez com presença de dois fetos, casos de PE/E na própria família, HAC, PES em gestações prévia, apresenta hidropsia do feto, gravidez molar, novo caso de paternidade. Além dos fatores com pouco destaque: Índice de massa corporal superior a 25,8; idade materna superior a 35 anos de vida, utilizar matérias contraceptivos considerados de barreira, abortamento precedente, acúmulo elevado de tecido adiposo no corpo. (BRASIL, 2013).

Conforme Callegari et al. (2014), grande parte das gestantes ignora o fato da obesidade está relacionada ao aumento dos níveis de morbidade e mortalidade a paciente em período gestacional e ao feto. Referente ao acréscimo, as gestantes obesas também apresentam um desconhecimento a respeito das intervenções comportamentais poderiam promover benefícios para a redução do ganho de peso.

Seguindo a linha de pensamento do autor anterior, no transcorrer do ciclo gravídico sem intercorrências ou anormalidade, onde a placenta juntamente ao tecido com células adiposas da mãe expelem adipocinas, juntamente com a leptina e a adiponectina. Proteínas estas que atuam no controle da ingesta alimentar e no aumento do consumo de energias no estímulo desenvolvido para a realização da excreção da insulina, na atuação da glicose, responsável por atuar no processo de síntese do glicogênio, além do processo de metabolização de ácidos graxos.

O pico hipertensivo desenvolvido por algumas mulheres durante a gestação, juntamente com uma das complicações decorrente da HG é a PE responsável por apresentar um acordo entre estas duas variáveis com o processo de oscilação das



proteínas das adipocinas apontada pela literatura. A partir dos estudos realizados recentemente, foi possível evidenciar que os valores apresentados neste agrupamento de proteínas de adiponectina encontradas no soro das pacientes com pré-eclâmpsia foram expressivamente mais alto comparado aos valores apresentados pelas gestantes normais, essas concentrações são maiores em associação de mulheres com pré-eclâmpsia grave. As pacientes que progrediram em quadro hipertensivo durante a gravidez, percorreram esta fase com valores abrangentes para a leptina, estabelecendo uma concordância ao estudo apresentado. A correlação da HA com coeficientes séricos da leptina e hiperinsulinemia no período do 1º, 2º e 3º Trimestre ao mesmo tempo ofertaram uma ligação com  $I/G > 0,2$  no transcorrer do 3º trimestres (CALLEGARI et al., 2014).

A primeira gestação e a idade da paciente são um dos quesitos considerados de risco, responsáveis pela revelação de novos casos de hipertensão durante a gestação, podendo haver controvérsias caso a gravidez esteja nos extremos do período procriativo abrangendo assim os riscos das síndromes hipertensivas. A definição dos fatores responsáveis por ocasionar intercorrências no período gestacional que se apresentam em uma idade prolongada tornasse uma das inquietações da obstetrícia, uma vez que houve um aumento no percentual de pacientes que procuram prolongar ou adia de certa forma a sua primeira gravidez. A procura pelo próprio equilíbrio sócio econômico, um período maior sua capacitação e conquistas, exigidas pelo mercado de trabalho atual, as separações e as novas uniões matrimoniais, acompanhadas pelas possibilidades ofertadas pelos atuais métodos contraceptivos e de fertilização assessorada contribuindo para este fenômeno universal. (COSTA et al., 2003).

Segundo a linha de pensamento do autor supracitado, o processo pode ser demonstrado em sua pesquisa, por meio da ocorrência da hipertensão induzida pela gravidez (HIG), em uma junta de pacientes que apresentam uma fase semelhante ou maior que quatro anos, e considerada maior e significativamente superior comparada ao grupo de controle composto por gestantes normotensas (22,1% x 16,4%). Ressaltam ainda em sua pesquisa, que a incidência de HIG em pacientes com a idade igual ou superior a 40 anos foi de 22,1%, expressivamente superior comparada às que foram observadas em mães mais novas ou adolescentes, apresentando valores como 16,4%, apresentando como organização de resultados(OR) de 1,46. O processo hipertensivo desenvolvido no período

gestacional constituindo um diagnóstico de 20,2% das pacientes primigestas apresentaram valores de 47,6%, das mães com HC apresentaram valores de 27,1% das mulheres com DM.

O mesmo ainda estabelece que a um relacionamento com a primeira gravidez e a HAC novamente são estabelecidos como um dos principais pontos de alto risco que favorece ao aumento de uma hipertensão induzida pela gravidez (HIG) conforme a apreciação bivariada, os valores de 2,58 para as mulheres em que se encontram em sua primeira gestação são níveis considerados de alta gravidade por estar ofertando oportunidades, de desenvolver uma HIG. Para valores de 4,69 vezes superior comparado às mães hipertensas. O desenvolvimento da diabetes mellitus (DM), em sua forma clínica durante a gravidez estabeleceu valores de OR de 1,82 contudo o mesmo demonstra pequenos intervalos de segurança movido até a unidade. Em caso que apresentam gemelaridade não houve resultados que caracteriza se fator de risco para o surgimento de uma hipertensão ocasionada durante o tempo de gestação. Tendo apenas dois fatos em que envolveram pacientes com idade de dezessete anos com gemelaridade, e que não apresentaram nenhuma ligação com a HIG, a gemelidade, portanto não é considerado um fator de inclusão molde de múltiplas varrições. (COSTA et al., 2003).

## 6 SHG COMO FATOR DE CLASSIFICAÇÃO PARA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

O período gestacional é caracterizado como um fenômeno fisiológico vivenciado por mulheres grávidas, e estabelecida pela equipe de saúde como forma de experiência de hábitos saudáveis, que apresente alterações a partir da concepção da parte física, igualitária e sentimental. Portanto é considerada uma situação limítrofe que pode estar ocasionando riscos a paciente e ao embrião. Sendo grande parte das gestantes identificadas com maior possibilidade de vir a desenvolver uma intercorrências durante o ciclo gestacional, passando a ser classificada como uma “gestante de alto risco”. (BRASIL, 2010).

Com base no autor supracitado anteriormente, os fatores caracterizados como de risco gestacional, pode ser rapidamente identificado no processo de assistência pré-natal. A partir do nível de atenção dos profissionais de saúde a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, além da oportunidade de ser identificada durante uma visita domiciliar, razão pela qual é importante a interação da equipe.

A área de abrangência dos níveis de pré-natal de alto risco está cotada em torno de dez por cento das gestações que cursam com critérios de risco, aumentando nestas pacientes a probabilidade de surgir complicações e até mesmo a morte da mãe e do feto. Dessa forma fatores como hipertensão arterial crônica ou de gestantes que faça uso de anti-hipertensivo, que apresente a pressão arterial 140/90mmHg em um período antecedente a 20° semanas; história anterior de HG, apresentando um péssimo resultado obstétrico e perinatal por meio da antecipação do parto de forma prematura, óbito fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI (BRASIL, 2013).

A seguir os fatores que caracterizam a gestação de alto risco, representado pela tabela:

Tabela 5 - Fatores que classificam a gestação de alto risco

Característica	Valor
1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45 kg e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30); Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida – fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
2. História reprodutiva anterior:	Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).
3. Condições clínicas preexistentes:	Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias

Fonte: (BRASIL, 2010).

As unidades básicas de saúde devem ser vistas como a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde, sendo considerada a ordenadora do sistema de saúde brasileiro. A equipe presente nas redes de atenção à saúde deve estar treinada e capacitada para estar reconhecendo e realizando o diagnóstico dos casos considerados de situação de emergência obstétrica, casos graves e iniciar o suporte básico de vida, por meio do serviço de remoção a gestante para uma unidade de referência no tratamento, promovendo a continuidade ao atendimento de qualidade por meio da atenção básica a saúde. (BRASIL, 2013).

Adotando alinha de pensamento do autor supracitado, a equipe de saúde composta nos hospitais regionais e de emergências obstétricas, deve estar apta em avaliar as gestantes que são encaminhadas das unidades de referência, e confirmar ou não, a suspeita do diagnóstico inicial. Sendo assim, deve se determinar a conduta para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para a realização do acompanhamento pela atenção básica.

A seguir temos o quadro como os níveis de atenção a gestante caracterizada como de risco, neste caso se enquadra as gestantes que são portadoras de uma síndrome de origem hipertensiva.

RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Risco médio	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Alto risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referencia em Atenção Secundaria/Serviços de Referencia para Gestação de Alto risco	Maternidade de Alto Risco
Muito alto risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referencia em Atenção Secundaria/Serviços de Referencia para Gestação de Alto risco + Serviço de Medicina Fetal	Maternidade de Muito Alto Risco

Fonte: Nota Técnica Conjunta (2013)

Quadro 1 - Níveis de atendimento a gestante de alto risco

Desta forma as unidades de saúde, são responsáveis por promover a paciente, amparo assistencial e educação em saúde a esta gestante e aos demais pacientes de risco, que apresentam PA em estagio limítrofe. A realização de orientações voltadas para a mudança do estilo de vida é indicado para casos de hipertensão em seu estagio leve, sem depender de intervenções medicamentosas. O objetivo das mudas do estilo de vida e promover e reduzir os risco de doenças cardiovasculares e reduzir a PA. O profissional enfermeiro em suas consultas de pré-natal, grupos e visitas domiciliares e se tornando assim o responsável por estimulara as mudanças no estilo de vida e evitando possíveis complicações em seu período gravídico puerperal. (BRASL, 2013).

## **7 EFEITOS DECORRENTES DE UMA GESTAÇÃO HIPERTENSIVA AO RECÉM-NASCIDOS E A MÃE**

Durante o período gestacional as pacientes com hipertensão estão de certa forma agregadas ao surgimento de complicações consideradas graves tanto para o feto quanto para a mãe, apresentando uma vulnerabilidade maior para a mortalidade materna e perinatal. Para os países considerados em estágio de desenvolvimento, o processo hipertensivo desenvolvido durante a gestação, é a maior causa de mortalidade materna, sendo o principal fator causal da elevação do número de internações hospitalares para acompanhamento intensivo (BRASIL, 2013).

Recém-nascido de mães com pré-eclâmpsia ou PE sobreposta apresentam grande chances de nascer com prematuridade, episódio de partos de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG), necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, além de estar sujeito ao uso do suporte ventilatório, apresentando maior incidência de mortalidade perinatal, quando comparados aos conceptos de mães normotensas. (OLIVEIRA et al., 2006).

Melo et al. (2009), relatam que as pacientes acometidas a hipertensão gestacional pode estar evoluindo, para casos mais graves, apresentando episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes e Low Platelet), AVC (acidente vascular cerebral) e oligúria (com possível evolução para insuficiência renal). A pré-eclâmpsia é definida como uma das principais causas de internação nas unidades obstétricas de terapia intensiva.

Gestantes acima do peso apresentam uma predisposição ao desenvolvimento de alguns fatores considerados de risco para gestação, sendo eles: diabetes e hipertensão gestacional, entre outras complicações circulatórias. Estando correlacionada ao excesso de peso, a prematuridade, deformidades no sistema nervoso do recém-nascido, influenciando conseqüentemente no aumento de partos cesáreo (BRASIL, 2013).

## **8 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL**

Por meio do desenvolvimento de ações desempenhadas em reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil e promover um amplo acesso, de qualidade a assistência prestada a gestante, é necessário estar em alerta sobre possíveis intercorrências que podem estar surgindo durante o período gestacional, denominados como fatores de risco. Dessa forma é possível por meio da realização de um acolhimento humanizado, observar e classificar os fatores de risco de forma ágil, contribuindo para a realização da assistência prestada a gestante. (BRASIL, 2013).

O atendimento do profissional enfermeiro fornecido a gestante, durante as consultas de pré-natal é um dos principais meios para observar os sinais e sintomas de um possível parto prematuro (PP). A SHG é caracterizada como um dos fatores de risco com maior interação, com o trabalho de parto pré-maturo (TPP) e PP, apresentando desta forma um desprendimento fisiológico da ação do parto considerado pré-termo e a antecipação do nascimento do feto é uma das medidas adotadas pelos médicos, para evitar uma futura complicação com repercussão materno fetal. O processo da SHG apresenta como principal função, na atuação dos agravos fisiológicos e na mudança do sistema emocional desta gestante que se encontra em tratamento da mesma. A paciente normalmente é encontrada em sofrimento emocional decorrente ao estresse e a tensão em imaginar que pode estar correndo risco de morte juntamente com o feto, ocasionando desta forma uma piora em seu quadro clínico. (POHLMANN et al., 2016, p.6).

O processo de acompanhamento durante o pré-natal apresenta como objetivo, realizar a promoção da segurança da gestação e um desenvolvimento gestacional saudável, e apresentando conseqüentemente um parto sem complicações, dando a luz a um recém-nascido saudável, sem ocasionar danos à saúde materna e fetal, sendo utilizados aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2013).



O Ministério da Saúde considera como atribuição ao profissional enfermeiro, realizar orientações a paciente durante as consulta de pré-natal, conforme a seguir:

A) A orientação às mulheres e seus familiares a respeito da importância da realização do pré-natal e da amamentação e do controle do cartão de vacina. B) Orientação quanto ao cadastro da gestante no SisPreNatal (Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) e o seu devido preenchimento, especificando que a mesma deve verificar e atualizar o cartão durante as consultas do pré-natal. C) Solicitação de exames complementares conforme o protocolo local de pré-natal e efetuar a realização do teste rápido. D) Prescrição do uso de medicamentos padronizados pelo programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico), e para o tratamento das DST, (conforme protocolo da abordagem sindrômica), além de orientar a gestante a respeito da vacinação contra tétano e hepatite B. E) Observação das gestantes que possam apresentar algum tipo de sinal preocupante, classificando-as como de alto risco com encaminhamento para consulta médica. Quando surgir algum episódio que dificulte o processo de agendamento para a consulta, é recomendado que a gestante seja encaminhada rapidamente a um serviço de referência. F) A execução do exame clínico das mamas e prestação de atividades educativas, individuais e em grupos. G) Ao orientar a mulher grávida e a toda a equipe responsável pela assistência a gestante sobre os fatores de risco e à vulnerabilidade desenvolvida pela mesma. H) Desenvolvimento do controle de acompanhamento das consultas do pré-natal, por meio de orientações a essas gestantes, abordando como foco a importância de estar realizando as consultas e em casos de gestantes faltosas, realizar a busca ativa. I) Realização de visitas domiciliares no decorrer do período gestacional e puerperal, com acompanhamento do processo de aleitamento materno e orientação ao casal (caso tenha um companheiro) sobre as necessidades de se realizar um planejamento familiar (BRASIL, 2013).

A realização do processo de educação em saúde, fornecida durante as consultas de enfermagem, nas redes de estratégia ou unidades básicas de saúde, voltadas para grupos de risco (gestantes, idosos, diabéticos e obesos), que apresentam a PA descompensada e que estão predispostos a desenvolver hipertensão. É caracterizada como uma medida preventiva da HAS, fornecendo aos participantes do grupo medidas para controle da PA, através de medidas não medicamentosas e sim, pela promoção de mudanças do próprio estilo de vida (MEV), realizando hábitos saudáveis. (BRASIL, 2013).

Segundo Gusso e Lopes (2012), a HAS caracterizada em seu estágio leve durante o período gestacional, pode ser tratada por meio de medidas não medicamentosa, ou seja, a gestante pode estar revertendo este episódio por meio da realização de hábitos saudáveis. Para gestante com HAS na forma moderada e grave, o tratamento deve ser feito a partir da avaliação clínica de cada gestante, optando por um medicamento que exclua os inibidores da enzima conversora de

angiotensina II (leca) e antagonistas da angiotensina II, por ocasionar efeitos teratogênicos em potência. Temos como exemplo medicamentoso a metildopa, que apresenta grandes estudos para uso durante o período gestacional.

Durante a realização da consulta de enfermagem aos grupos de risco, ressaltando o grupo das gestantes, o profissional deve estabelecer como foco, orientações educativas que são capazes de promover a normalização ou a redução da PA. Temos como exemplo de medidas: mudança nos hábitos alimentares, que irá repercutir na redução nos níveis de gordura corporal e conseqüentemente no peso; estimular a realização de atividades físicas regularmente; reduzir o consumo de sódio; evitar o consumo de bebidas alcoólicas; evitar o uso de cigarros; controlar a ansiedade e o estresse; aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais e ingerir dois litros de água por dia. (BRASIL, 2013).

Seguindo o enfoque do autor supracitado anteriormente, a realização do processo de educação em saúde por meio do incentivo e orientações com intuito de promover a mudança no hábito alimentar, de forma saudável. Estimulando desta forma a prática de atividades físicas e demais atividades corporais, realizadas rotineiramente pela gestante de maneira ativa, acompanhada pela assistência fornecida pelo profissional da atenção básica de saúde. Sendo importante salientar à gestante que, mesmo praticando atividade física e mudando a alimentação a mesma deve evitar o uso de cigarro e a ingestão de bebida alcoólica, pois são práticas consideradas prejudiciais para a sua saúde e o desenvolvimento do feto e que aumentado os riscos para um parto prematuro.

O enfermeiro é um dos primeiros profissionais a estar entrando em contato com a gestante hipertensa, durante a emergência obstétrica e no pré-natal, desta forma o mesmo deve estar munido de informações de nível técnico científico para prestar assistência de forma qualificada. Ações desempenhadas pelo profissional como a prática da coleta de dados, a realização do exame físico criterioso e a cautela com os níveis pressóricos e aos sinais de pré-eclâmpsia; a identificação antecipada de futuros episódios; atuar no processo de coleta de materiais para análise laboratorial, além de promover o acompanhamento dos exames pertinentes ao caso, especialmente os exames responsáveis por verificar os níveis de proteína na urina da gestante, em um período de aproximadamente 24 horas e a verificação do feto; incentivar a gestante a continuar seguindo as consultas do pré-natal; as ações certas e ágeis, bem como a solicitação de ajuda, promover avaliação do

anestesista, efetuar a administração de oxigênio, realizar acesso venoso calibroso e dar início a terapia utilizando o sulfato de magnésio. Estabelecer projetos de educação em saúde no decorrer da gravidez, ocasionando conseqüentemente uma redução nos indicadores de morbimortalidade para a mãe e o embrião. (FERREIRA et al., 2016).

Com base na linha de pensamento do autor anterior, onde o mesmo identifica a real importância de estar promovendo a educação em saúde sobre o problema apresentado pela paciente. Abordando dessa forma a necessidade de estar prevenindo possíveis complicações futuras causadas pela síndrome hipertensiva, pois a mesma depende de tratamento ou acompanhamento médico hospitalar, por um longo período. Por meio do gerenciamento dos dados clínicos e criação de rotinas saudáveis capaz de modificar seu prognóstico de forma fácil e nutritiva.

A assistência fornecida pelo profissional enfermeiro durante as consultas de pré-natal é considerada de extrema valia. Por ser responsável em garantir a gestante, uma gestação tranquila e por detectar precocemente os sinais de uma gestação de risco. Através da realização da anamnese nesta mãe, seguida dos exames clínicos é possível estabelecer se a gestação é de risco ou não. Em casos de gestações com síndrome hipertensiva gestacional, o profissional enfermeiro, deve conseguir desenvolver ações de educação em saúde, promovendo a redução de possíveis intercorrências para o binômio. (ASSIS et al., 2008).

Ressalta-se a importância da interrupção de forma terapêutica no processo de correção, de sobrepeso das pacientes abordadas. As orientações fornecidas às gestantes devem salientar a necessidade da prática de estar realizando atividades físicas e quanto aos aspectos nutricionais, com intuito de promover e prevenir a redução do ganho de peso físico (ASSIS et al., 2008).

O Ministério da Saúde ressalta que, mulheres com HAS que apresentam valores dentro da meta pressórica e que seguem um acompanhamento constante da PA, exibem resultados satisfatórios. Embora as demais gestantes que apresentam sua PA dentro dos níveis insatisfatório ou fora da meta pressórica, dentro do primeiro trimestre de gravidez, correm um grande risco de morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2013).

Chrestani et al (2008), estabelecem a importância de estar realizando o pré-natal a partir do primeiro trimestre, ou seja logo após a confirmação da gravidez. O

acompanhamento da gestante a partir do início da gestação é fundamental para detectar de forma antecipada uma possível gestação de alto risco. Por meio do acompanhamento do profissional enfermeiro e o médico da unidade, durante as consultas de pré-natal, tornando-se desta forma, uma intervenção mais simples a ser realizada para alguns casos como, por exemplo: restrição no crescimento intra-uterino, parto prematuro e óbito materno e fetal, surgimento de eventos não raros na gestação como PE/E, o que de certa forma é comumente encontrado em países caracterizados em desenvolvimento, como o Brasil.

Gomes et al (2013) fundamentam a importância da realização de um pré-natal de qualidade, cabendo ao profissional enfermeiro realizar o processo de educação em saúde, com intuito de inibir possíveis complicações no decorrer da gestação. Salientando a importância do enfermeiro no processo preventivo e de retrocesso de doenças como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e síndrome de Hellp.

O Ministério da Saúde (2006) vincula a realização do rastreamento dos sinais da SHG desenvolvido pelas gestantes, como forma concreta para a realização do diagnóstico o mais precoce possível. Sendo de extrema responsabilidade do profissional enfermeiro da unidade em parceria com o médico, realizar o encaminhamento dos casos para as unidades de referência. Dessa forma as redes de atenção básica de saúde são responsáveis por direcionar a gestante ao serviço de atendimento especializado no local, caso a mesma não tenha bom prognóstico a partir das mudanças em seu estilo de vida.

A realização da assistência de enfermagem a gestante se origina antes da gestação por meio das consultas de enfermagem voltadas para o planejamento familiar, seguido das consultas de pré-natal, assistência prestada no pré-parto, parto, pós-parto e puerpério. O pós-operatório imediato (POI) é o momento que o profissional enfermeiro deve estar acompanhando os sinais vitais da paciente, verificar o sangramento por hipotonia uterina observar se está controlado e verificar o processo de involução uterina tendo como objetivo evitar hemorragias e infecções. O profissional prestará assistência a gestante durante o puerpério na rede de atenção básica, realizando as consultas de puericultura por meio da Rede Cegonha, reduzindo os índices de mortalidade infantil. O objetivo da consulta é realizar a triagem neonatal, verificar caderneta de vacina do RN, orientações a puérpera sobre aleitamento e cuidados com o RN e planejamento familiar (BRASIL, 2013).

## CONCLUSÃO

Por meio da apreciação dos estudos científicos pertinentes à hipertensão arterial em seu âmbito gestacional, conclui-se que a elevação da pressão arterial caracterizada por meio de valores considerados acima dos parâmetros normais é caracterizada como hipertensão gestacional, podendo ser desenvolvida durante o primeiro trimestre ou no terceiro trimestre de gestação. Quando desenvolvido no primeiro trimestre, a gestante pode apresentar um bom prognóstico através de seu cuidado e acompanhamento pelo pré-natal, podendo desfrutar uma gestação tranquila e sem intercorrências. As gestantes que não realizam o controle da pressão arterial durante o período gestacional, estão sujeitas a apresentar alguma complicação durante a gestação, no parto ou puerpério, como por exemplo, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, síndrome de Hellp, entre outras patologias decorrentes ao processo apresentado.

O acompanhamento executado pelo enfermeiro da rede de atenção básica de saúde a paciente durante o período gestacional, se dá por meio das consultas de pré-natal e visitas domiciliares, com observação criteriosa dos fatores de risco da gestante, aproveitando também o momento para esclarecimento de dúvidas da mesma. As orientações podem estar sendo transmitidas em meios aos grupos dedicados as gestantes e durante as consultas de enfermagem, e devem ser pertinentes à mudança no hábito alimentar, implicando significativamente nos parâmetros da pressão arterial, redução dos valores da PA e excesso de peso da paciente, e prevenção das complicações para esta e o feto.

Assim, cabe salientar a importância do profissional enfermeiro, no processo de educação em saúde fornecido a gestante, já que é o maior responsável por reverter e prevenir as complicações que possam estar surgindo durante o processo hipertensivo gestacional; apresentando como objetivo o controle da dieta e prática de atividade física, como forma de precaução de futuras complicações no decorrer da gestação. É imprescindível ao profissional alertar a gestante sobre os cuidados necessários que se deve ter para prevenir e evitar as intercorrências frustrantes e indesejáveis, como o óbito fetal ou materno.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Thaís R. et al. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. Goiânia: **Arq Bras Cardiol**. 2008. Vol. 91, n. 1, p. 11-17. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1> >. Acesso em: 18/09/2016.

BRANDÃO, Augusto Henriques. F. et al. Predição de pré-eclâmpsia em suas formas tardia e precoce pela dilatação fluxo-mediada da artéria braquial. Belo Horizonte: **Radiol Bras**, 2014. Vol. 47, n. 4, p. 206–209. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v47n4/0100-3984-rb-47-04-0206.pdf>>. Acesso em: 15/08/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2013. 318 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 16/10/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 20/12/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p.128. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf)>. Acesso em: 21/12/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em: 15/01/2017.

CALLEGARI, Sandra Beatriz Mangucci. et al. Obesidade e fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**. MG. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n10/0100-7203-rbgo-0100-7203-2014-0004946.pdf> >. Acesso em: 27/08/2017.

CARVALHO, Regina Coeli. M. et al. Fatores Preditivos de Hipertensão gestacional em Adolescentes Primíparas: Análise do Pré-natal, da MAPA e da microalbuminúria. Fortaleza: **Arq Bras Cardiol**, 2006. Vol. 87, p. 487-495. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006001700014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006001700014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22/01/2017.

CHRESTANI, Maria Aurora. D. et al. Assistência à Gestação e ao Parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2008. Vol. 24, n. 7, p. 1609-1618. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000700016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700016)>. Acesso em: 22/01/2017.

COSTA, Hélio de Lima Ferreira F. et al. Idade Materna como Fator de Risco para a Hipertensão Induzida pela Gravidez: Análise Multivariada. Recife: **RBGO**, 2003. Vol. 25, n. 9. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032003000900003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032003000900003&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 23/02/2017.

COSTA, Sérgio H. Martins. et al. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. RS. Ano XIV nº 05 Mai/Jun/Jul/Ago 2005. Disponível em: <

[https://www.researchgate.net/profile/Sergio\\_Martins\\_Costa/publication/266566810\\_HIPERTENSAO\\_CRONICA\\_E\\_COMPLICACOES\\_NA\\_GRAVIDEZ/links/55d3beee08aec1b0429f3dbf/HIPERTENSAO-CRONICA-E-COMPLICACOES-NA-GRAVIDEZ.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Martins_Costa/publication/266566810_HIPERTENSAO_CRONICA_E_COMPLICACOES_NA_GRAVIDEZ/links/55d3beee08aec1b0429f3dbf/HIPERTENSAO-CRONICA-E-COMPLICACOES-NA-GRAVIDEZ.pdf)  
>. Acesso em: 24/02/2017.

FERREIRA, Maria Beatriz G. et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. Uberaba: **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2016. Vol. 50, n. 2, p. 324-334. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt\\_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf)>. Acesso em: 17/03/2017.

FERRÃO, M.H.L. et al. Efetividade do Tratamento de Gestantes Hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.52, n.6, p.390-394, 2006. Disponível em:<[www.sgas.saude.ms.gov.br](http://www.sgas.saude.ms.gov.br)>. Acesso em:<17/08/2017>.

GOMES, Andreza de Sá. et al. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. Fortaleza: **Rev. Eletr. Enf**, 2013. Vol 15, nº. 4, p. 923-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19766>. doi: 10.5216/ree.v15i4.19766. Acesso em: 15/01/2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-717977>>. Acesso em: 20/04/2017.

GUSSO, Gustavo; LOPES, Jose Mauro C. Tratado de medicina de família e comunidade. São Paulo: **Artmed**, 2012. Volume 2. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=IOZHeFiBYd4C&oi=fnd&pg=P>>. Acesso em: 25/06/2017.

JUNIOR, Guilherme Santos da S. et al. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica. São Paulo: **J Bras Nefrol**, 2016. Vol. 38, n. 2, p.191-202. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n2/0101-2800-jbn-38-02-0191.pdf>>. Acesso em: 14/07/2017.

MELO, Brena Carvalho Pinto. et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. Campina Grande: **Rev Assoc Med Bras**, 2009. Vol.



55, n. 2, p.175-80. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200022&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200022&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 23/07/2017.

MORAIS, Fernanda M. et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista EIXO**. Brasília, DF, Vol. 2, n. 1, p. 69-82, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/351111111>>. Acesso em:29/08/2017.

NORONHA, Neto C. et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. Rio de Janeiro: **Rev Bras Ginecol Obstet**. PE. Vol. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010000900008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000900008) >. Acesso em: 20/06/2017.

Nota Técnica Conjunta. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG **Atenção à Saúde da Gestante**. Novos Critérios Para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Programa Viva Vida/Projeto Mães De Minas. Maio. 2013. Disponível em:<[googleweblight.com/?Lite\\_url=http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saud](http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saud)>. Acesso em:24/06/2017

OLIVEIRA, Cristiane Alves. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. Vol. 6, n. 1, p. 93-98. Jan. / mar., 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-3829200600010001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-3829200600010001). Acesso em: 18/07/2017.

Dirijo

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatoria anual de 2005. Disponível em:< [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_snvs\\_ac\\_2ed.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_snvs_ac_2ed.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2016.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Botucatu. **Rev Bras Ginecol Obstet**. SP.

Vol. 27, n. 10, p. 627-34, Nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf>. Acesso em: 15/09/2017.

POHLMANN, Flávia Conceição. et al. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Murcia: **Enfermería Global**, 2016 n. 42, p. 6-12. Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/revision1.pdf> >. Acesso em: 27/09/2017.

REIS, Zilma Silveira N. et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal?. Rio de Janeiro: **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2010. Vol. 32, n. 12, p. 584-90. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010001200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200004)>. Acesso em: 05/10/2017.

ROBLES, Alfonsina Faya. Da gravidez de “risco” à “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2015. Vol. 25, n. 1, p. 139-169. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838272009> >. Acesso em: 25/08/2017.

RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Hipertensão Crônica na Gestação: muito a aprender. São Paulo: **J Bras Nefrol**, 2016. Vol. 38, n. 2, p. 143-144. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002016000200143](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002016000200143) >. Acesso em: 09/10/2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, Vol. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

ZANATELLI, Carla. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTACAO: ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA. **Revista Saúde Integrada**, Vol. 9, n. 17. 2016. p, 2447-7079. Disponível em:<<http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/index>>. Acesso em: 12/01/2017.