

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
EM SAÚDE

JOSEANE SOUSA DA SILVA

PRÉ-ECLAMPSIA:

atuação do enfermeiro frente à gestante de alto risco

São Luís
2015

JOSEANE SOUSA DA SILVA

PRÉ-ECLAMPSIA:

atuação do enfermeiro frente à gestante de alto risco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Estratégia Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra.Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2015

JOSEANE SOUSA DA SILVA

PRÉ-ECLAMPSIA:

atuação do enfermeiro frente à gestante de alto risco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Estratégia Saúde da Família.

Data: ___/___/___

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (**Orientadora**)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

1º Examinador

A mim, com humildade, na certeza de parte do dever cumprido, pelas dificuldades e batalhas enfrentadas, que somente Deus e o meu eu têm conhecimento. Nada é fácil, tudo deve ser aprendido com muito esforço. Lutarei sempre, serei sempre confiante, pois sei que carrego um escudo para cada guerra. Aquele que sempre esteve comigo, Deus, minha fonte de vida e amigo incondicional, por toda a sua força, graça e amor também a Ele dedico.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua força divina.

À minha mãe Ana Zilda Sousa da Silva pelas oportunidades a mim concedidas, pelo amor, carinho, pela confiança depositada em minha pessoa e pela dedicação, estando sempre presente, ajudando-me nas dificuldades e vibrando com cada vitória alcançada.

À minha sobrinha Tamires que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Meus *agradecimentos* aos amigos da faculdade companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Certa vez uma professora deu uma missão à nossa turma: encontrar um substantivo, no singular, que rimasse com MÃE. A procura foi em vão. A justificativa da professora. “Mãe é única em tudo. O amor, que nasce com a concepção, é exclusivo. Ele vem com tanta força que muda as prioridades, a vida. Mãe torce, vibra e dá a vida, se necessário, pela felicidade de alguém que já nasce ligado por cordões de pura doação. Cada gravidez é única, é a vida que se renova, se (trans) forma pelo amor...”

RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma forma de hipertensão específica da gravidez humana. Entre os sintomas da tríade característica da pré-eclâmpsia está a hipertensão, edema e proteinúria. A pré-eclâmpsia pode trazer graves intercorrências tanto a mãe quanto para o feto, e quando não tratadas de forma adequada, pode levar um ou outro e até mesmos ambos a óbito. Este trabalho teve por objetivo geral demonstrar a relevância do profissional de enfermagem, no contexto de uma equipe multidisciplinar. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, onde foi realizada uma busca sistematizada de forma a se desenvolver um levantamento bibliográfico de documentos indexados nos sistemas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Bireme, Lilacs e outros, relacionados à pré-eclâmpsia, publicados no período entre 2000 e 2011. Pode-se constatar que o enfermeiro tem papel primordial na promoção da integralidade das ações de saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, especialmente quando a gestação apresenta condições de risco materno-fetal é de grande importância na prevenção da doença, verificando em que medida este atua no atendimento a gestante portadora de pré-eclâmpsia, com vistas a prevenção ou a adesão da paciente ao tratamento da patologia.

Palavras chaves: Pré-eclâmpsia. Gestação de alto risco. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Pre-eclampsia is a specific form of hypertension in human pregnancy. Symptoms characteristic triad of preeclampsia is hypertension, edema and proteinuria. Pre-eclampsia can lead to serious complications for both the mother and the fetus, and if not treated properly, can lead either until they both died. This work was general objective to demonstrate the relevance of nursing professionals in the context of a multidisciplinary team. This is a bibliographical research, which was carried out a systematic search in order to develop a literature review of documents indexed in systems Virtual Health Library (VHL), Scielo, Bireme, Lilacs and others related to preeclampsia, published between 2000 and 2011. It can be seen that the nurse plays a decisive role in promoting the integration of health actions for women in pregnancy and childbirth, especially when the pregnancy poses maternal-fetal risk conditions is of great importance in preventing the disease, determining to what extent this works in serving pregnant women with pre-eclampsia, with a view to preventing or membership of the patient to the treatment of the condition.

Keywords: Pre-eclampsia. High risk pregnancy. Nursing care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
AD	- Água Destilada
BIREME	- Biblioteca Regional de Medicina
DI	- Decilitro
EUA	- Estados Unidos da América
g	- Grama
GH	- Hormônio do Crescimento
HLA	- Human Leucocyte Antigen
HPL	- Hormônio lactogênio placentário
IMC	Índice de Massa Corpórea
kg	- Quilograma
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
mg	- Miligrama
ml	- Mililitro
mmHg	- Milímetro de Mercúrio
MS	- Ministério da Saúde
PA	- Pressão Arterial
PE	- Pré-eclampsia
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RS	- Rio Grande do Sul
SCIELO	- Scientific Electronic Library online (Biblioteca Científica Eletrônica Online)
SF	- Soro Fisiológico
SHG	- Síndrome Hipertensiva Gestacional
SP	- São Paulo
SUS	- Sistema Único de Saúde
USP	- Universidade de São Paulo
VO	- Via Oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Geral.....	13
2.2	Específicos.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
3.1	Escolha do tema.....	14
3.2	Busca das fontes.....	14
3.3	Levantamento bibliográfico preliminar.....	15
3.4	Leitura do material.....	15
3.5	Organização Lógica do assunto.....	15
3.6	Redação do texto.....	15
4	A GESTAÇÃO.....	16
5	PRE-ECLÂMPZIA.....	18
5.1	Conceito.....	18
5.2	Epidemiologia.....	19
5.3	Fatores de risco.....	20
5.3.1	Hipertensão gestacional.....	21
5.3.2	Diabetes melito gestacional.....	24
5.3.3	Obesidade.....	26
5.4	Sinais e sintomas.....	28
5.5	Diagnóstico	29
5.6	Fisiopatologia	30
5.7	Tratamento	32
6	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-ECLÂMPZIA	35
7	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas representam uma das alterações que ocorrem com maior frequência na gravidez, encontrando-se entre as principais causas de morte materna e perinatal no mundo. A identificação de pacientes de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia seja por fatores associados ou seja por testes preditores seguindo-se de intervenções profiláticas, poderia prevenir ou retardar a apresentação da doença ou até mesmo reduzir a sua gravidade (SOUZA; AMORIM, 2009).

A gestação é um processo fisiológico e natural da mulher, contudo durante essa fase a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psíquicas que exigem da equipe multiprofissional melhor capacitação para atuar e acompanhar a gestante, principalmente se esta apresenta alguma complicação (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

Entre as complicações está a pré-eclâmpsia que é uma forma de hipertensão específica da gravidez humana. Entre os sintomas da tríade característica da pré-eclâmpsia está a hipertensão, edema e proteinúria. A hipertensão é a que mais se destaca e é definida com o aumento da pressão arterial acima dos valores normais. Outro sintoma que deve ser observado na gestante com pré-eclâmpsia é o edema que, segundo, esclarecimento do Ministério da Saúde pode ser localizado ou generalizado (CUNHA; OLIVEIRA; NERY, 2007).

A detecção precoce dos sintomas é importante na prevenção das sequelas devastadoras da pré-eclâmpsia. Inicialmente devem-se realizar exames laboratoriais que incluem contagem de plaquetas testes de função hepática, exame de urina para detectar proteinúria, ureia e creatinina (CAVALLI et al., 2009).

Sabemos que o acompanhamento pré-natal adequado é necessário para que a gravidez evolua com segurança. Atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna neonatal, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Segundo Barros (2006), a avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado a longo das gestações e do parto. A qualquer momento complicações precoces podem se tornar aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível de assistência mais adequada.

Dentre os profissionais capacitados para prestar uma assistência adequada, destaca-se a enfermagem, que tem como objetivo de trabalho o cuidar. Considera-se assistir em enfermagem fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais.

O processo de enfermagem tem se mostrado um instrumento facilitador da prática profissional em enfermagem o planejamento do cuidado, a determinação das intervenções com o intuito de atender as necessidades individuais das gestantes e de suas famílias, pois a gravidez é um período de mudanças físicas e emocionais que são vivenciadas de maneira distintas pelos envolvidos (BARROS, 2006).

A pré-eclâmpsia possui uma grande relevância ao interferir no processo da maternidade, rompendo a naturalidade da gestação, um fenômeno fisiológico, podendo comprometer a vida da mulher e do seu bebê.

Este trabalho de monografia apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha- CEST busca ampliar as discussões já existentes, sendo que a pré-eclâmpsia atualmente tem sido alvo de constantes pesquisas e discussões na área da saúde da mulher, por se tratar de uma complicação do ciclo gravídico-puerperal, responsável pelo elevado obituário materno-fetal.

No decorrer desta pesquisa alguns estudiosos são categóricos em afirmar que a pré-eclâmpsia é possível de prevenção, já outros não concordam com essa afirmativa.

Para realização deste trabalho optou-se pelo método analítico descritivo, que é um estudo teórico, cuja base é a pesquisa bibliográfica e documental.

A importância da pesquisa comentada neste trabalho é no levantamento de procedimentos e rotinas de enfermagem que melhor assistam as mulheres com pré-eclâmpsia, para participar na detecção precoce e nas orientações imediatas, baseadas em situações vivenciadas no dia-a-dia que são fundamentais na assistência.

O trabalho está desenvolvido em seis capítulos. No primeiro capítulo são as considerações iniciais, contextualizando a doença, apresentando-se ainda, os objetivos do trabalho, bem como a metodologia nele empregada.

No capítulo 2 apresentam-se os objetivos gerais e específicos do trabalho, discorrendo-se no capítulo 3 sobre a metodologia adotada para sua elaboração.

No capítulo 4 discorre acerca da gestação discutindo desde o seu processo de fecundação, modificações, desenvolvimento e alterações no organismo da mulher.

No capítulo 5 discorre-se sobre a Pré-eclâmpsia, a partir de seus aspectos conceituais, epidemiologia da doença, fatores de risco, mostrando-se também, os sinais e sintomas da doença, como se dá o diagnóstico, fisiopatologia e, a partir destes pressupostos, o tratamento mais adequado.

No capítulo 6 aborda-se a assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia, a atuação do enfermeiro frente à gestante de alto risco, discutindo-se acerca de sua relevância e papel educativo diante da paciente com pré-eclâmpsia e seus familiares.

No capítulo 7 tecem-se as conclusões a que se chegou o presente trabalho, evidenciando a atuação da enfermagem, tanto no cuidar como na educação da paciente com Pré-eclâmpsia e seus familiares.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Demonstrar a relevância do profissional de enfermagem, no contexto de uma equipe multidisciplinar, verificando em que medida este atua no atendimento a gestante portadora de pré-eclâmpsia, com vistas a prevenção ou a adesão da paciente ao tratamento da patologia.

2.2 Específicos

- a) Descrever os fatores etiológicos, a classificação clínica e as principais alterações orgânicas e funcionais da pré-eclâmpsia;
- b) Identificar a relevância do profissional de enfermagem enquanto elemento a auxiliar na atuação clínico-ambulatorial de pacientes com pré-eclâmpsia;
- c) Verificar o desempenho do profissional na prevenção e identificação das anormalidades maternas ou fetais que podem afetar adversamente a gravidez;
- d) Identificar a assistência de enfermagem prestada à mulher portadora de pré-eclâmpsia;
- e) Descrever a atuação dos profissionais de enfermagem frente à gestante de alto risco no atendimento pré-natal.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, sobre aspectos relevantes relacionados a pré-eclâmpsia.

Com base nas palavras de Lakatos e Marconi (2001), este tipo de pesquisa abrange toda a bibliografia tornada pública referente ao tema em estudo.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada na proposta de Gil (2002) que teve como intuito atingir o objetivo proposto, a qual seguiu as seguintes etapas:

- Escolha do tema;
- Busca das fontes;
- Levantamento bibliográfico preliminar;
- Leitura do material;
- Organização lógica do assunto;
- Redação do texto

3.1 Escolha do tema

A escolha deste tema teve como incentivo o fato de a pré-eclâmpsia ser uma das principais síndromes hipertensivas da gestação que traz como consequência o alto índice de morbidade e mortalidade materna. Por isso há uma necessidade de identificar a pré-eclâmpsia, refletir sobre suas causas e propor estratégias que nos leve a prevenção da doença.

3.2 Busca das fontes

Após a delimitação do tema, a etapa seguinte foi à identificação da fonte da pesquisa. Foi realizada uma busca sistematizada de forma a se desenvolver um levantamento bibliográfico de documentos indexados nos sistemas Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Bireme, Lilacs e outros, relacionados à pré-eclâmpsia, publicados no período entre 2000 e 2011.

3.3 Levantamento bibliográfico preliminar

Após a escolha do tema, foi realizado um estudo exploratório com a finalidade de familiarizar-se com os aspectos a serem abordados no estudo, assim como delimitar sua área de pesquisa.

Na base de dados iniciou-se a pesquisa com a delimitação dos descritores de assunto: pré-eclâmpsia, gestação de alto risco, fatores de risco para pré-eclâmpsia, complicações na gravidez, assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia.

3.4 Leitura do material

Foi realizada a leitura exploratória, que teve como objetivo verificar se a realmente tratava de assunto de interesse à pesquisa bibliográfica, e a leitura seletiva, que serviu para selecionar o que se considerou importante para a pesquisa.

Foram selecionados na base de dados 69 artigos dos quais 49 atingiram o objetivo da pesquisa e 20 foram excluídos a qual não se tratava do assunto de interesse à pesquisa.

3.5 Organização lógica do assunto

Esta etapa consistiu na organização das ideias a fim de atender o objetivo proposto. Realizou-se fichamentos dos textos selecionados, possibilitando maior organização do material e facilitando a busca de informações.

3.6 Redação do texto

Foi a última etapa da elaboração deste trabalho. Após a concretização do referencial teórico procurou-se estabelecer as principais medidas para prevenção e uma melhor assistência de enfermagem a paciente com pré-eclâmpsia.

4 A GESTAÇÃO

O óvulo humano, quando fecundado, precisa se adaptar ao meio interno, para que o organismo da gestante, alterado profundamente pelas repercussões provenientes deste fenômeno, possa permitir sua possível vivência e nutrição. Para isso, ocorrem algumas modificações locais e sistêmicas, as locais são imediatas para permitir o desenvolvimento do óvulo e sua proteção. Já as modificações sistêmicas são gradativas e ocorrem para proporcionar o indispensável às alterações metabólicas para a formação dos tecidos e constituição de reservas para a vida neonatal, citado por Souza et al (2010).

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (DOURADO; PELLOSO, 2007).

As exigências da gestação atingem os limites de capacidade funcional de muitos órgãos maternos, podendo fazer despontar ou agravar quadros patológicos existentes (SOUZA et al., 2010).

A gravidez induz o organismo a uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e a pressão mecânica decorrente do aumento do útero e de outros tecidos. Sendo assim, Barros em 2006 relata que, as adaptações a essas alterações são necessárias para que, inicialmente, o embrião e, depois, o feto tenham um desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade e para que a mulher se adapte ao evento da gravidez. Assim, durante as 42 semanas de gravidez, o organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais têm como finalidade a adaptação, a manutenção e o desenvolvimento harmônico da gestação.

De acordo com Figueró Filho e Oliveira (2007), relatam que o sucesso da gravidez depende do estabelecimento e da manutenção eficientes do sistema vascular uteroplacentário. Durante a gestação, a unidade uteroplacentária inicia e modula interação entre o endotélio vascular materno, as células imunocompetentes presentes localmente e os determinantes antigênicos presentes na superfície do trofoblasto, regulando o processo de adesão, ativação e migração celular, via modificações na rede de citocinas locais. A circulação placentária é assegurada por modificações nas artérias espiraladas e pela hipercoagulabilidade gestacional. Deste

modo, tem-se a elevação dos atores pró-coagulantes e redução dos fatores anticoagulantes e da fibrinólise, induzindo estado de hipercoagulabilidade.

As alterações metabólicas que ocorrem nas gestantes são produzidas de três fatores principais: o primeiro é o sistema enzimático e hormonal, que tem efeito direto sobre os órgãos reprodutores, condicionando ao mesmo tempo reações colaterais como a retenção hídrica; outro fator é expresso pelo volume e circulação no útero, grandemente aumentados, causando alterações estáticas na mulher, nos fenômenos circulatórios sistêmicos e na respiração; e, por último, o aumento das exigências de oxigênio e elementos nutritivos, que provoca diversos distúrbios no metabolismo materno (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JÚNIOR, 2010).

No período gestacional ocorre uma série de mudanças no funcionamento e nas formas do corpo; talvez em nenhuma outra fase essas mudanças sejam tão significativas em um espaço tão curto de tempo. É importante o conhecimento das adaptações fisiológicas do organismo materno, para que se saiba diferenciar e diagnosticar situações normais de patológicas, para que a gestante possa receber o tratamento adequado (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JÚNIOR, 2010).

Costa, H., Costa, C., Costa, L. (2003), definem que os riscos gestacionais inerentes à gestação em idade avançada tem sido preocupação da obstetrícia, uma vez que cresce o número de mulheres que retardam a primeira gravidez. Como a busca pela independência financeira, o maior tempo de formação requerido pelo mercado de trabalho moderno, as separações e novas uniões conjugais, aliados às possibilidades oferecidas pelos atuais métodos de anticoncepcionais e fertilização assistida contribuem para este fenômeno universal.

Entre as diversas complicações está a doença hipertensiva da gravidez ou pré-eclampsia, é a entidade mais importante daquelas que se manifestam ou se agravam durante o ciclo grávido puerperal. Associam-se a ela altos índices de morbimortalidade materna e fetal (NOVO; GIANINI, 2010).

5 PRÉ-ECLAMPSIA

5.1 Conceito

A pré-eclâmpsia é distúrbio multissistêmico cuja principal característica clínica é a hipertensão arterial. O estado hipertensivo é decorrente da vasoconstrição e muitas vezes se acompanha de complicações sistêmicas envolvendo o sistema nervoso central, cardiopulmonar, hepático e renal (REIS et al., 2003).

A atenção básica é essencial à mulher no ciclo gravídico e puerperal onde compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar e tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e para o feto. Dentre essas intercorrências encontra-se a pré-eclâmpsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez (SOUZA et al., 2007).

É uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, podendo se manifestar de forma pura, sem antecedentes de hipertensão crônica, ou sobreposta a uma doença hipertensiva subjacente, geralmente acometendo primigestas, com maior incidência em casos de gestações múltiplas. As intercorrências clínicas durante o período reprodutivo da mulher não se expressa apenas nos índices de mortalidade fetal, mas também sacrificam muitas vidas maternas (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JÚNIOR, 2010).

A pré-eclâmpsia trata-se de uma condição em que a pressão arterial eleva-se, apresentando ainda proteinúria e edema generalizado; ocorre após a 20ª semana de gestação. Eventualmente, pode aparecer ainda no início do 2º trimestre da gestação em situações especiais como doença trofoblástica gestacional (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Segundo Oliveira, Karumanchi e Sass (2010), a pré-eclâmpsia é uma doença sistêmica caracterizada por intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada.

Souza, Dubiela e Serrão Júnior (2010) citam que, a pré-eclâmpsia é uma das síndromes hipertensivas gestacionais, podendo ser observada a partir da 20ª semana de gestação, apresentando como características a pressão arterial em níveis iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, edema e proteinúria, esta última

podendo aparecer posteriormente, à medida que a gestação evolui. Esta patologia, além da tríade clássica, pode apresentar alguns sintomas que exigem maior atenção do profissional da saúde que está acompanhando a gestante e que podem auxiliar no diagnóstico, como cefaleia, visão turva, dor abdominal, náuseas e vômito. A sua forma mais grave pode ser caracterizada pela presença de vasoespasmos ao exame de fundo de olho, ganho de peso acima de 400 g por semana e volume urinário inferior a 600 mL por dia.

De acordo com diversos autores a pré-eclâmpsia é uma síndrome multifatorial complexa. Sendo que se trata de um distúrbio de natureza multifatorial que apresenta em comum o surgimento ou agravamento da hipertensão arterial e excreção urinária de proteínas, após a 20ª semana gestacional, citado por Reis et al (2003).

De acordo com vários estudos realizados a pré-eclâmpsia é o desenvolvimento de hipertensão e proteinúria em decorrência da gestação ou por influência de gestação recente. Ocorre após a 20ª semana de gestação, mas pode surgir antes disso quando existir doença trofoblástica (SOUZA et al., 2011).

5.2 Epidemiologia

A prevalência de síndromes hipertensivas na gestação é de 6% a 17% em nulíparas e de 2% a 4% em múltíparas. Destas, entre 20% a 50% progredem para a pré-eclâmpsia. Atinge cerca de 3,64% a 10% das mulheres grávidas, sendo a principal causa de mortalidade materna no mundo. No Brasil e na América Latina também é a principal causa de morte materna (SOUZA et al., 2011).

Em países desenvolvidos, aproximadamente de duas a oito em cada 100 gestantes vão desenvolver o evento, enquanto no Brasil pode-se chegar a 10% dos casos (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Souza et al (2007), descreveu a incidência em 5% a 8% das gestações.

A pré-eclâmpsia é responsável por complicações em 2% a 8% das gestações. Citou ainda que, em se tratando de mortalidade materna, este número é ainda maior, podendo atingir 10% a 15% das gestantes (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JUNIOR, 2010).

Segundo Ganem e Castiglia (2002), relataram que é uma complicação de aproximadamente 6 a 8% das gestações, sendo, juntamente com a eclâmpsia,

responsável de modo substancial por morbidade e mortalidade em paciente obstétrica.

Souza e Amorim (2009) e Reis et al (2010), descreveram em sua pesquisa que acomete 5 a 7% das gestações, sendo a maior causa de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo.

Para Figueró-Filho et al (2011), acomete 2-10% de todas as gestações.

De acordo com Vázquez, Forte e Tedesco (2004), incide em 6-8% das primigestas e apresenta elevada morbiletalidade perinatal, oscilando entre 5 e 20%.

5.3 Fatores de risco

Os fatores de risco para o aparecimento de pré-eclâmpsia são pré-eclâmpsia prévia, hipertensão arterial sistólica no início da gestação, história de hipertensão arterial crônica, história familiar de HIG, doença renal crônica, lúpus eritematoso, deficiência de proteína S, resistência à proteína C ativada, anticorpos anticardiolipina circulantes, nuliparidade, obesidade, aumento da massa trofoblástica (gestações múltiplas e gestação molar), diabetes, eritroblastose fetal, poliidrânio, especialmente em primigestas jovens e idade superior a 40 anos (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

De acordo com Figueró-Filho et al (2011), os fatores de risco associados incluem primiparidade, gestação múltipla, história familiar e pessoal de pré-eclâmpsia, alto índice de massa corpórea (IMC), tabagismo, hipertensão crônica, diabetes e trombofilias..

Segundo Souza et al (2007), cita como fatores predisponentes: os extremos da idade fértil (menor que 15 e maior que 35 anos), a raça negra, familiares de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, idade materna, baixo nível sócio-econômico. Além desses, algumas gestantes podem apresentar associação entre alterações psicológicas e quadros hipertensivos.

Cunha et al (2010), não difere de muitos autores sendo que descreve em seu trabalho que os fatores de risco incluem: primíparas, múltiparas com novo parceiro, pré-eclâmpsia em gestações anteriores e idade materna (extremos do período reprodutivo). Algumas condições obstétricas que aumentam a massa placentária como gestação múltipla e mola hidatiforme também contribuem para o maior risco de pré-eclâmpsia.

Souza, Dubiela e Serrão Junior (2010), relatam que os principais fatores de risco para a pré-eclâmpsia ainda estão extremos de idade materna, cor, obesidade, diabetes, doença vascular crônica, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gestação gemelar, doença renal, excesso de esforço físico ou psíquico, hidropsia fetal. Cita que pode haver associação entre infecções do trato urinário e maior propensão à pré-eclâmpsia, mulheres que apresentam histórico familiar para esta síndrome têm maior risco de desenvolvê-la.

Vários autores recomendam que as mulheres que apresentem mais de um fator de risco para a pré-eclâmpsia façam consultas pré-natal mais frequentes do que aquelas que não são tão suscetíveis a esta síndrome (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JUNIOR, 2010).

É interessante ressaltar que existem alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestante apresentar pré-eclâmpsia como, por exemplo: hipertensão e *diabetes mellitus* pré-existentes, obesidade e a etnia (CAVALLI et al., 2009).

5.3.1 Hipertensão gestacional

É definida pela presença de pressão arterial maior ou igual 140/90mmHg e para ser constatada, devem ser realizadas duas aferições com um intervalo de 4 horas, a paciente deve estar sentada, evitando assim a compressão da veia cava pelo útero grávido (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005)

A hipertensão arterial induzida pela gestação é variável em sua apresentação clínica, algumas vezes manifestando-se com leves aumentos na pressão arterial, outras vezes como doença suficientemente grave para envolver vários órgãos ou sistemas (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Segundo Melo e Saá (2000) descreveram que, os distintos quadros hipertensivos durante a gravidez ainda constituem a maior causa de morbimortalidade materno-fetal e, apesar da mensuração da pressão arterial na gestação ser um procedimento fundamental no acompanhamento obstétrico, a sua prática não é padronizada.

A hipertensão arterial gestacional é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico puerperal, com incidência em 6% a 30%

das gestantes, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Gonçalves, Fernandes e Sobral (2005), destacaram a importância da hipertensão arterial que pode ser uma entidade pré-existente, ou seja, ao invés de ser induzida pela gravidez pode ser: coincidente: hipertensão que antecede a gravidez e persiste após o parto; agravada pela gravidez; ou ainda, transitória: hipertensão que se desenvolve após a primeira metade da gestação e caracteriza-se por elevação leve da pressão arterial, sem prejuízo para a gravidez.

Segundo Oliveira e Perssinoto (2001), foram analisados dados de 22 estudos referentes às causas de morte no Brasil, onde Sass identificou que até o início de 1950 havia um predomínio de óbitos causados por infecção e, a partir de então, passaram a prevalecer as mortes decorrentes de complicações associadas à hipertensão arterial. Citou também que o Grupo Americano de Trabalho sobre Hipertensão na Gestação, relata que a prevalência da doença hipertensiva na gravidez esta em torno de 6 a 8% e que esta patologia representa a segunda causa de mortalidade materna nos EUA.

Peraçoli e Parpinelli (2005), destacam que essa situação já deveria ter mudado, pois existem intervenções que, comprovadamente, reduzem o número de mortes maternas decorrentes dessas complicações obstétricas.

De acordo com diversos autores foi citado por Oliveira et al (2010), que a PA diminui até a metade da gravidez e, por volta da 20ª semana, ocorre um aumento médio de 8% até o dia do parto, sendo de fundamental importância a rotina na verificação da PA, já que a hipertensão induzida pela gravidez esta relacionada à morbidade e mortalidade materno-fetal.

A hipertensão é a complicação clínica mais comum da gestação, ocorrendo em 10 a 22% das gestações. Sendo que a prevalência de hipertensão gestacional em pacientes nulíparas é de 6 a 17%, e 2 a 4% em pacientes múltíparas (OLIVEIRA et al., 2006).

Não se conhece a sua etiologia, apesar de tantos estudos existentes na busca de desvendá-la (COSTA, H.; COSTA, C.; COSTA, L., 2003).

Na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é

o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é o resultado da má adaptação do organismo materno a gravidez (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Assis, Viana e Rassi (2008), afirmaram que um estudo realizado no Brasil mostrou que a idade materna acima dos 40 anos, a primiparidade, a hipertensão arterial crônica e raça negra são os principais fatores de risco para a hipertensão na gravidez. Outro estudo realizado na Índia observou que a maior incidência das SHG entre as primíparas, as mulheres jovens e as com pré-eclâmpsia em gestações anteriores.

Vale ressaltar que a uma controvérsia na associação da idade materna avançada poder ou não desencadear hipertensão induzida pela gravidez. Há vários estudos que não encontram variação na incidência de hipertensão induzida pela gravidez nas diversas faixas etárias, enquanto outros apontam incidência nas gestantes mais idosas (COSTA, H.; COSTA, C.; COSTA, L., 2003).

Estudos realizados compararam três tratamentos: repouso, imersão ao nível da cintura pélvica, imersão ao nível da cintura escapular para edemas, e foi constatado que em todos esse tratamentos houve uma queda da pressão arterial, concluindo que estes métodos terapêuticos podem produzir um efeito calmante e diurético, provando ser altamente eficaz no tratamento de crises hipertensivas de diferentes tipos, além de não produzir efeitos secundários, podendo ser usado em um hospital com boa relação custo-benefício (OLIVEIRA et al., 2010).

Souza, Dubiela e Serrão Junior (2010), descreveram que o tratamento da hipertensão arterial consiste em reduzir a pressão arterial da mãe enquanto se aumenta o fluxo sanguíneo para a placenta. Isso se dá com o uso de drogas anti-hipertensivas que vão fazer com que a musculatura lisa das arteríolas periféricas relaxem, reduzindo a resistência vascular. Medidas também não farmacológicas estão indicadas no tratamento da hipertensão gestacional; estas visam a dar orientações relacionadas a hábitos de vida, como diminuir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio, abolir a ingestão de álcool e realizar atividades físicas regulares, executadas de formas corretas, sob prescrição rigorosa e com orientação profissional.

Sabe-se que a monitorização ambulatorial da pressão arterial é considerada de extrema importância porque se torna útil na avaliação da variabilidade pressórica de gestantes normotensas e hipertensas, confirmando o gradual incremento da pressão arterial no decorrer da gravidez. As gestantes devem

ser orientadas com relação à monitorização, para que tenham uma boa aceitação do método (MELO; SAÁ; 2000).

5.3.2 Diabetes melito gestacional

Diabetes Mellitus é uma doença sistêmica que envolve alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas e eletrólitos. De caráter crônico e evolutivo, caracteriza-se por deficiência na secreção e/ou ação da insulina, com conseqüente hiperglicemia. É um processo patológico que, durante a gestação, pode repercutir na saúde materna, fetal e perinatal (BASSO et al., 2007).

É definido como intolerância à glicose de graus variáveis com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestres da gestação (MAGANHA et al., 2003).

Silva, Santos e Parada (2004), trata-se de uma doença com início insidioso, difícil controle glicêmico e que pode repercutir negativamente sobre a saúde materna e do feto.

De acordo com Maganha et al (2003), eles enfatizaram que a gravidez é um estado hiperinsulinêmico caracterizado por uma diminuição da sensibilidade à insulina, parcialmente explicada pela presença de hormônios diabetogênicos, tais como a progesterona, o cortisol, a prolactina e o hormônio lactogênico placentário.

O lactogênio placentário (HPL) segundo Golbert e Campos (2008), é um hormônio produzido pela placenta com estrutura semelhante ao hormônio do crescimento (GH), que tem níveis crescentes a partir do segundo trimestre, podendo chegar a termo a mil vezes às concentrações normais de GH. O HPL é o maior responsável pela resistência à insulina.

Segundo vários autores a resistência insulínica serve para levar nutrientes para o feto em desenvolvimento, permitindo simultaneamente o acúmulo de tecido adiposo materno. Na resistência insulínica, a gestação se caracteriza pelo nível elevado de insulina circulante, uma vez que o pâncreas, em mulheres não-diabéticas, compensa a demanda periférica aumentada, mantendo as glicemias em níveis normais (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Vários estudos afirmam que após as refeições, há um aumento nos níveis de glicose e insulina e o aumento de lípidos é estimulado. Segundo Golbert e

Campos (2008), essas alterações só acontecem para assegurar suprimento nutritivo para a mãe e o feto.

Para a monitorização do tratamento, utiliza-se a glicemia capilar antes e após o as refeições, além da medida da circunferência abdominal fetal após a 28ª semana de gestação (WEINERT et al., 2011).

A literatura nos apresenta vários critérios que são utilizados para se ter um controle da glicemia. Sendo a normoglicemia definida por limites de 90 mg/Dl na glicemia em jejum é de 130 mg/Dl, nas pós-prandiais de uma ou duas horas, avaliadas no perfil glicêmico diário. A American Diabetes Association, recomenda os valores de 105 mg/ dL para o jejum, 155 mg/Dl na pós-prandial de uma hora e 130 mg/dL na glicemia de duas horas após alimentação (BASSO et al., 2007).

As possíveis intercorrências na gestação de mulheres diabéticas estão o hiperinsulinismo fetal, as malformações congênitas, a síndrome do desconforto respiratório, a hipoglicemia neonatal, a hipoxemia crônica, a asfixia e o óbito fetal. Ainda afirma que mesmo com um controle glicêmico adequado, mantido durante a gestação, cerca de 20 a 30% dos recém-nascidos de mães diabéticas nascem com peso excessivo (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Basso et al (2007), ressaltaram que a hiperglicemia materna leva a hiperglicemia e conseqüente hiperinsulinemia fetal. Onde favorece o crescimento fetal exagerado e, entre outras complicações, a macrossomia, o aumento das taxas de cesárea, os traumas de canal de parto e a ocorrência de resultados neonatais adversos, como: hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia e distúrbios respiratórios. As malformações congênitas dependem da presença de hiperglicemia materna no início da gestação e da qualidade de seu controle, sendo mais comuns no diabetes prévio à gestação. Sendo que o maior risco é de óbito fetal e neonatal nas gestações associadas ao diabetes mal controlado.

Para Weinert et al (2011), o tratamento do diabetes gestacional inclui dieta individualizada e prática de atividade física e, quando indicado, o uso de medicação. A prescrição de dieta e atividade física constitui-se na etapa inicial e, se as metas glicêmicas preconizadas não forem alcançadas em duas semanas, o tratamento farmacológico é instituído. O tratamento padrão para o diabetes gestacional é a insulino-terapia subcutânea. Entretanto, o uso de insulina é complexo, de maior custo e de menor aceitação pelas pacientes: pode,

adicionalmente, acarretar ganho indesejado de peso. Como alternativa terapêutica, medicações orais mostraram bastante efetividade comparável à da insulina.

A insulinoterapia está indicada nas gestantes portadoras de diabetes tipo 1 e, via de regra, substitui o anti-hiperglicemiante oral nas diabéticas do tipo 2, sempre em associação com dieta e exercício. No diabetes gestacional preconiza-se o uso de insulina humana, sempre que houver falha do controle glicêmico materno com a associação de dieta e atividade física (BASSO et al., 2007).

5.3.3 Obesidade

As medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para o acompanhamento nutricional de gestantes, devido à sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção de saúde da mulher. Características como fácil aplicabilidade, baixo custo e caráter pouco invasivo reforçam a importância da antropometria na avaliação do estado nutricional de gestantes (PADILHA et al., 2007).

Na gravidez, as mulheres apresentam comumente alterações no padrão alimentar habitual como desejo e/ou aversão a determinados alimentos. As alterações remetem após o término da gravidez, raramente causando riscos para a mãe ou para o feto (NERY et al., 2002).

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade é um problema de Saúde Pública mundial que afeta ambos os sexos e todas as faixas etárias, especialmente as mulheres em idade reprodutiva. Como resultado, muitas mulheres já apresentam excesso de peso ao engravidar e, durante a gestação, a maioria delas excedem o ganho ponderal recomendado (FEITOSA et al., 2010).

É recomendado que o ganho de peso durante a gestação seja relacionado ao peso prévio à gravidez, variando de 7 kg para mulheres obesas até 16 kg para as muito magras (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Vários estudos realizados recomendam que mulheres com baixo peso, índice de massa corpórea (IMC) inferior a 18,5 kg/m² ganhem entre 12,5 e 18 kg durante a gravidez; mulheres com IMC normal (18,5 a 24,9 kg/m²) ganhem entre 11,5 e 16kg; mulheres com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) ganhem entre 7 e 11,5 e obesas (IMC superior a 30kg/m²) ganhem ente 5 e 9 kg (FEITOSA et al., 2010).

Estudos afirmam que o Brasil encontra-se em uma fase de transição epidemiológica, com alteração no perfil de morbimortalidade populacional, na qual as doenças infecciosas e parasitárias estão dando lugar às doenças não transmissíveis, como a obesidade de acordo com Padilha et al (2007).

Segundo informações do serviço de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2001, encontraram prevalência de 19,2% de mulheres com sobrepeso e apenas 5,7% de baixo peso pré-gestacional (PADILHA et al., 2007).

Segundo a análise feita no seu trabalho Padilha et al (2007), destacaram que as mulheres com obesidade pré-gestacional apresentaram risco aumentado de desenvolver síndrome hipertensiva gestacional e aquelas com baixo peso pré-gestacional estiveram mais propícias a ter recém-nascidos com baixo peso ao nascer. O ganho de peso também se demonstrou associado ao baixo peso ao nascer.

O ganho excessivo de peso na gestação resulta em danos para a mãe e para o feto em curto e longo prazo. Este ganho aumenta as taxas de macrossomia e anormalidades metabólicas, que predispõe à intolerância a carboidratos, ao parto Cesário e a pré-eclâmpsia. Esses problemas podem ser mais significativos em gestações de alto risco, como no caso de diabetes e obesidade concomitantemente (FEITOSA et al., 2010).

A dieta nutricional é a primeira opção de tratamento, essa terapia evita o ganho excessivo de peso pelas gestantes, além de gerar menor taxa de macrossomia fetal e de complicações perinatais. A ingestão de carboidratos deve ser restrita a menos de 42% das calorias diárias, com o restante distribuído entre proteínas e gorduras, a evidência demonstra que as gestantes que realizam essa restrição apresentam menor incidência de macrossomia fetal e de cesariana. (WEINERT et al., 2011).

As intervenções realizadas pela equipe da saúde, compreende desde orientações orais e impressas em folhetos educativos sobre: hábitos saudáveis, importância e tipo de atividade física na gestação, exemplo de cardápio com restrição de carboidratos e lipídeos, combinações alimentares e uso de adoçantes artificiais. No plano nutricional tem reforçar o consumo de frutas, vegetais e alimentos integrais com diminuição de alimentos com alto teor calórico, como frituras e refinados. A atividade física tem que ser estimulada por orientações de

caminhadas de 20 a 40 minutos três a quatro vezes na semana, na ausência de contraindicações obstétricas (FEITOSA et al., 2010).

5.4 Sinais e sintomas

Suas formas clínicas, o início do aparecimento de sintomas ao longo da gestação e a gravidade materno-fetal são variáveis. Acredita-se que se trata de um distúrbio multifatorial que apresenta em comum o surgimento ou agravamento da hipertensão arterial e excreção urinária de proteínas, após a 20ª semana gestacional (REIS et al., 2010).

Segundo Souza, Dubiela e Serrão Junior (2010), a pré-eclâmpsia pode ser observada a partir da 20ª semana de gestação, apresentando como características a pressão arterial em níveis iguais ou maiores que 140/90 mmHg, edema e proteinúria. Além da tríade clássica, pode apresentar alguns sintomas que exigem maior atenção do profissional da saúde que esta acompanhando a gestante e que podem auxiliar no diagnóstico, como cefaléia, visão turva, dor abdominal, náuseas e vômito.

Rezende e Montenegro (2003) descreveram o processo da pré-eclâmpsia, pelo aumento exagerado e subitâneo do peso (maior o igual a 500 g/semana), seguido do edema generalizado, depois hipertensão e por fim proteinúria (1 +). Sendo a hipertensão o sinal mais frequente e importante.

De acordo com vários autores o edema é um dos sinais da tríade da SHEG, embora muito comum na gestação, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado a proteinúria e hipertensão arterial. Quanto à proteinúria, os autores consideram sua ocorrência quando há uma excreção superior a 300mg/litro em 24 horas, ou pela presença de 1g ou mais litro em uma amostra de urina de 6 horas (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Barros caracterizou em 2006, a pré-eclâmpsia como sendo o desenvolvimento de pressão arterial com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Hoje, acredita-se que o edema é um achado tão comum em gestantes que sua presença ou ausência não deve impedir o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

A proteinúria significativa é definida como pelo menos 0,3 g/l em urina de 24 horas ou 1 g/l em amostra simples. O edema gestacional é o excessivo acúmulo generalizado de líquidos nos tecidos, demonstrado por edema marcado de + até

++++, ou mais, após um repouso de doze horas no leito ou pelo aumento de peso de 2.275 g em um mês ou 500 g por semana (BARROS, 2006).

5.5 Diagnóstico

A elevação dos níveis pressóricos e a proteinúria, são critérios fundamentais para diagnosticar a pré-eclâmpsia, e tornam-se marcadores importantes na gravidade da doença (REIS et al., 2010).

Seu diagnóstico é feito a partir da 20^a semana de gravidez ou nos primeiros dias após o parto e baseia-se no desenvolvimento de hipertensão arterial (pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg) e proteinúria (maior ou igual 300 mg/24 horas). A maioria dos diagnósticos é feita no terceiro trimestre de gravidez, sendo que a gravidade da doença é maior quanto mais precocemente se dá sua manifestação clínica (OLIVEIRA; KARUMANCHI; SASS, 2010).

De acordo com Ganem e Castiglia (2002), a detecção precoce dos sintomas é importante na prevenção das sequelas devastadoras da pré-eclâmpsia. Inicialmente, devem-se realizar exames laboratoriais que incluem contagem de plaquetas, testes de função hepática, exame de urina para detectar proteinúria, ureia e creatinina sanguíneas. Cita ainda que a realização precoce da contagem plaquetária prevê, de modo excelente, a trombocitopenia subsequente. Se inferior a 100.000 mm⁻³, está indicada avaliação de coagulação.

Vázquez, Forte e Tedesco (2004), relataram como pré-eclâmpsia, a presença de níveis tensionais superiores ou iguais a 140/90 mmHg e de proteinúria detectada em exame de urina tipo1, superior a 1,0 g/litro. A pressão diastólica foi determinada pela fase IV de Korotkoff, em duas medidas com intervalo mínimo de uma hora entre a primeira e a segunda. As verificações foram feitas com as pacientes na posição sentada, sempre realizadas pelo mesmo observador.

Para Souza et al (2011), o aumento da pressão arterial na gravidez pode resultar em maior risco para prematuridade, fetos pequenos para idade gestacional, infecção neonatal e hipóxia. A hipertensão é definida como pressão sistólica ≥ 140 mmHg e pressão diastólica ≥ 90 mmHg. O padrão ouro para detectar a proteinúria e a urina de 24 h, que é confirmada com a presença de 300 mg/24 h de proteínas. O edema pode ou não estar presente, sendo retirado da tríade clássica sintomática da pré-eclâmpsia.

Seu diagnóstico é realizado por meio de exames clínicos e complementares. Um exame amplamente utilizado nas gestantes de risco é a ultrassonografia com Doppler, que tem sido usada como um teste para se detectar a pré-eclâmpsia precocemente, por volta do primeiro e segundo trimestre da gestação, antes mesmo de aparecerem os sinais clínicos. Este exame vai verificar a velocidade de fluxo sanguíneo na artéria uterina (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JÚNIOR, 2010).

Vários estudos relatam que hipertensão definida como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg, e diastólica ≥ 90 mmHg, em gestante normotensa, antes das 20 semanas de gestação. Proteinúria é definida como patológica quando ultrapassa 300 mg em 24 horas. Proteinúria e pressão arterial devem voltar ao normal em até 12 semanas após o parto (CUNHA FILHO et al., 2009).

5.6 Fisiopatologia

Segundo a literatura a fisiopatologia da pré-eclâmpsia ainda não é totalmente conhecida, mas sabe-se que é multifatorial, envolvendo vários órgãos (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Durante a gestação normal, as artérias espiraladas uterinas são transformadas de vasos de alta resistência em vasos de baixa resistência para prover as necessidades do crescimento do feto. Esta transformação é resultado da invasão trofoblástica das camadas arteriais. Nas mulheres com pré-eclâmpsia, a invasão trofoblástica deixa de ocorrer, ou ocorre de maneira inadequada, resultando em vasos de alta resistência e circulação placentária com baixo fluxo. A isquemia placentária e a hipóxia determinam lesão do endotélio vascular. Segue-se então um ciclo vicioso. A hipóxia placentária aumenta a produção de radicais livres que lesam o endotélio. A lesão endotelial, por sua vez, desencadeia a ativação plaquetária, a liberação de troboxane (TXA2) serotonina e a agregação plaquetária, com obstrução do fluxo sanguíneo placentário. A hipóxia placentária também aumenta a produção de peróxidos lipídicos que prejudicam a síntese de prostaciclina, potente vasodilatador (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Cunha Filho et al (2009), cita que artérias pré-eclâmpsias têm maior reatividade e menor dilatação, fatos relacionados à alteração de vias metabólicas, como, por exemplo a do óxido nítrico. Entretanto, a participação desse óxido ainda

não esta bem estabelecida, no que se refere à queda dos níveis pressóricos na primeira metade da gestação. Constata-se também que substâncias associadas à disfunção endotelial, como fibronectina e enzima fosfodiesterase, estão elevadas no plasma de pré-eclâmpsias.

A disfunção endotelial, geralmente, aumenta a resposta vasoconstritora, a proliferação e a migração das células do músculo liso vascular, a adesão plaquetária e leucocitária e expressão de moléculas de adesão tal perda funcional do endotélio esta associada a fatores de risco para alterações cardiovasculares, como hipertensão arterial, aterosclerose, dislipidemia, diabetes entre outros (CUNHA FILHO et al., 2009).

Segundo Souza e Amorim (2009) eles relatam que estudos sugerem o envolvimento de fatores imunogenéticos na fisiopatologia da pré-eclâmpsia. Onde pode haver uma possível implicação do gene da síntese do óxido nítrico e do sistema Human leucocyte antigen (HLA), resultando em uma resposta imunológica materna anormal ao trofoblasto, determinando a má adaptação placentária. Assim, foi sugerido um modelo de fisiopatogenia da pré-eclâmpsia que admite deficiência na invasão trofoblástica nas artérias espiraladas maternas, levando à reduzida perfusão na unidade fetoplacentária. A má-adaptação placentária desencadeia lesões endoteliais que são responsáveis pela secreção de fatores ativadores do endotélio vascular na circulação materna, causando a pré-eclâmpsia.

Santos e Meirelles Filho (2004), afirmaram que os mecanismos fisiopatológicos que resultam no desenvolvimento de hipertensão em gestantes saudáveis, ou o agravamento desta em mulheres previamente hipertensas. Há considerável interesse no papel que as plaquetas desenvolvem na patogênese da pré-eclâmpsia (PE) e no fato de a ativação e o consumo plaquetários ocorrerem no desenvolvimento desta síndrome.

Cabral, Lázaro e Vitral (2002), descreveram que atualmente, dois fatores são considerados importantes no mecanismo fisiopatológico desta doença: o quadro da peroxidação lipídica e o da resposta inflamatória sistêmica exacerbada. Citaram ainda que gestações com invasão trofoblástica deficiente tendem a desenvolver hipóxia tissular, levando a produção aumentada de peróxido lipídico no tecido placentário e elevação desta substância na circulação fetoplacentaria. A capacidade dos peróxidos lipídicos de lesar células endoteliais é conhecida de longa data, sendo

este o ponto de contato entre as duas teorias, já que a resposta inflamatória sistêmica, na maior parte das vezes, se inicia com lesão endotelial.

Melo et al (2009), relata que a teoria mais aceita, atualmente, é a da “má placentação”: uma invasão trofoblástica deficiente que levaria a uma lesão endotelial com espasticidade difusa, associada a hipercoagulabilidade, inflamação, hiperlipidemia e resistência insulínica.

De acordo com Cunha, Souza e Amorim (2010), descreveram que essas alterações favoreciam a má adaptação placentária, com falha na remodelação e da infiltração de células trofoblásticas nas arteríolas espiraladas e subsequente hipoperfusão do leito placentar. Relatam ainda que, a isquemia da circulação uteroplacentária ocasiona liberação de substâncias vasoativas na circulação materna, promovendo dano endotelial e consequente alteração de sua função. Essa lesão do endotélio leva a uma gama de mudanças na interface sangue-tecido, incluindo agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação, aumento da permeabilidade da parede do vaso e aumento da reatividade e do tônus do músculo liso vascular.

Como consequência final, ocorre vasoespasmo arteriolar generalizado, levando a alterações funcionais e morfológicas em vários órgãos e resultando na complexa manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia (CUNHA; SOUZA; AMORIM, 2010).

5.7 Tratamento

O objetivo principal do tratamento da pré-eclâmpsia é reduzir a pressão sanguínea materna, ao passo que o fluxo sanguíneo para a placenta é aumentado. As drogas mais utilizadas nesses casos são a hidralazina e a metildopa, pois promovem relaxamento da musculatura lisa das arteríolas periféricas e também diminuem a resistência dos vasos (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JUNIOR, 2010).

Segundo Barros (2006), o cloridrato de hidralazina constitui um vasodilatador arterial direto. Reduz a pressão arterial relaxando diretamente a musculatura lisa arteriolar. Cada ampola apresenta 20 mg. Diluição do conteúdo da ampola em 9 ml de SF ou AD. O efeito dura de duas a seis horas, diminuindo 20% dos níveis iniciais.

Foi citado Souza e Amorim (2009) um estudo envolvendo 59 ensaios clínicos com 37.560 gestantes com risco moderado e alto para pré-eclâmpsia, sugere que a utilização de drogas antiplaquetárias, principalmente a aspirina, reduz em 17% o risco de desenvolver pré-eclâmpsia; com um número necessário para tratar de 72 gestantes. A aspirina também foi associada à redução de 14% das mortes fetais ou neonatais, à pequena redução de 8% do risco de nascimentos antes da 37ª semana de gravidez de redução da incidência de recém-nascidos.

Na tentativa de prevenir complicações perinatais, várias condutas têm sido propostas enquanto não é possível interromper a gravidez, como corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, expansão do volume plasmático, terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento antihipertensivo (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Souza e Amorim (2009) realizaram um estudo na tentativa de prevenir a pré-eclâmpsia, várias intervenções profiláticas foram sugeridas para atuar em sobre os mecanismos fisiopatológicos objetivando retardar a apresentação clínica da doença ou, até mesmo, reduzir sua gravidade. Essas intervenções incluem dieta com restrição de proteína ou sal, repouso, exercícios, suplementação com zinco, cálcio, magnésio, ácido fólico, vitaminas antioxidantes (C e E), óleo de peixe ou outras fontes de ácidos graxos, aspirina, heparina, heparinas de baixo peso molecular e drogas anti-hipertensivas.

Souza, Dubiela e Serrão Junior (2010) em um estudo realizado, citaram em que o óleo de peixe apresenta um resultado promissor no tratamento da pré-eclâmpsia. Já a fisioterapia pode atuar de forma preventiva, diminuindo os fatores de risco antes da concepção, melhorando a saúde materna e utilizando-se do exercício como recurso terapêutico que possui papel fundamental na recuperação de pacientes com disfunções cardiovasculares, relatam ainda que os mesmos exercícios prescritos e realizados no puerpério também apresentam benefícios para gestantes com pré-eclâmpsia e estes não alteram a pressão arterial; entre eles estão caminhada, corrida, natação e hidroginástica.

De acordo com a literatura o parto é o tratamento definitivo da pré-eclâmpsia. Mesmo normalizada a PA, o edema e a proteinúria desaparecidos, o feto está em perigo, vez que a depuração placentária é 50% inferior à normal. As medidas a serem adotadas são: repouso no leito em decúbito lateral, que melhora o fluxo sanguíneo renal e o útero placentário; sedação por VO com diazepínicos ou

barbitúricos que auxiliam no repouso da paciente; diuréticos e dieta hipossódica; hipotensores que reduzem à perfusão útero placentária; profilaxia, a aspirina (100 mg/dia) é capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em cerca de 45% dos casos, principalmente formas graves e precoce da doença (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-ECLAMPSIA

O enfoque dado pelo Programa de Assistência Humanizada à Mulher do Ministério da Saúde nos diz que a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, no qual estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Desta maneira, as tendências atuais relacionadas à saúde da mulher têm se expandido para além do enfoque reprodutivo, buscando resgatar o cuidado da mulher em sua totalidade. Nesse sentido, a obstetrícia moderna tem atingido resultados importantes na redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal, na preservação da vida dos bebês prematuros, no diagnóstico de anormalidades congênitas in útero e outras técnicas nos últimos 50 anos (ISERHARD et al., 2009).

A gestação é um processo fisiológico, porém, aproximadamente 15% das grávidas, que por características específicas ou por algum tipo de agravo podem manifestar alguma complicação com possibilidade de repercussão desfavorável para elas ou para o feto, configuram-se em um grupo denominado de “gestantes de alto risco”, e requererem uma assistência especializada (PIMENTA; NAZARETH; SOUZA, 2010).

Quanto à gestação de risco, sabe-se que, embora a gestação seja um fenômeno fisiológico, há pequena parcela de mulheres, denominada de gestantes de risco, que, por possuírem características específicas ou por sofrer algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como si mesmo. As gestantes de risco representam 15% do total de mulheres grávidas. Nas gestações de risco, as preocupações com o sucesso da gestação se acumulam frente às complicações às quais a mulher grávida está sujeita. Dessa forma, a sistematização da assistência de enfermagem é valiosa, porque pode levar à visão global da condição tanto da mulher quanto do conceito, favorecendo a continuidade da assistência e direcionando-a através de embasamento científico (GOUVEIA; LOPES, 2004).

A pré-eclâmpsia apresenta uma grande incidência e que, além disso, pode trazer tanto para a mãe quanto ao bebê graves intercorrências, quando não tratadas de forma adequada, podendo levar um ao outro e até mesmo ambos a óbito. Com o conhecimento dos fatores de risco, pode ser desenvolvido um

tratamento preventivo para evitar que esta síndrome se instale, provocando maiores complicações. Por isso há uma importância no tratamento preventivo da pré-eclâmpsia, bem como uma orientação adequada às gestantes do grupo de risco a fazer consultas pré-natal, com maior frequência (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JUNIOR, 2010).

Nesse sentido, o profissional de enfermagem, no seu papel de educador, ajuda a pessoa, em situação de doença, a interpretar e reinterpretar sucessivamente a sua própria doença, levando-o a familiarizar-se com o novo, possibilitando ao usuário criar condições de agir consciente no processo de resignificação da vida frente à doença (SELLI; VIAL; JUNGES, 2005).

Oliveira e Madeira (2011) relataram que, há evidências científicas de que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica, assim como do pré-natal. E ainda que existam controvérsias, pesquisas sugerem que a assistência pré-natal pode contribuir para a redução da ocorrência da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Ferraz et al (2005), relata ao nos referirmos à educação e o cuidado, compreendemos que se insere neste contexto a educação continuada, como um fator de preparo do enfermeiro a executar com segurança e efetividade os cuidados de enfermagem, sendo este cuidado não dissociado do educativo. Uma vez que, “visualiza-se a educação e o cuidado como atividades inerentes à enfermagem, não havendo condições de dissociá-los, pois quando cuida-se/educa-se e quando se educa também se cuida”.

O acompanhamento pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua com segurança. Deve incluir aspectos fundamentais como: receber com dignidade a gestante e seus familiares, fornecer informações para o atendimento as usuárias e, adotar condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento. Assim, a atenção básica à mulher no ciclo gravídico puerperal compreende medidas de prevenção e promoção a saúde, além de detectar e tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto (SOUZA et al., 2007).

A enfermagem é caracterizada pelo cuidado, assim, cabe a esta pensar/agir que tipo de cuidado será dispensado aos sujeitos-cidadãos do seu cuidar. Uma das formas que podemos exemplificar, para estabelecer um cuidado

efetivo, é a utilização do processo de enfermagem, todavia, elaborado com uma proposta de cuidar de maneira integrativa e não compartimentado, sendo os familiares uma extensão do cuidado e não mais um a ser cuidado. Fato este, necessário salientar, por percebermos em nosso cotidiano, que muitas (os) de nós enfermeiras(os), ainda, vêm a família de uma maneira dissociada, quando deveria enxergá-la como parte integrante do processo de cuidar e educar seu ente, cuidando-se e educando-se numa via de “mão dupla”.

Pensamos que no planejamento e implementação do cuidado, este deve ser integrativo, sendo assim, capaz de integrar as necessidades do indivíduo, sujeito e cidadão (FERRAZ et al., 2005).

Novo e Gianini (2010) relataram que as estratégias de ação do Ministério da Saúde na assistência pré-natal, lançam objetivos de definição para um modelo nacional normatizado para as assistências relacionadas, associando esforços para a melhora dos resultados observados. O modelo proposto, denominado Programa de Humanização do Pré-Natal, inclui modelos assistenciais atuantes e recomendados em países desenvolvidos, em práticas pré-natais às suas bases conceituais.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e garantir que a mulher passe a ser vista como sujeito do seu processo de saúde, no âmbito da atenção obstétrica, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como elementos estruturadores a humanização da assistência e os direitos reprodutivos das mulheres. A proposta desenhada pelo PHPN estabeleceu a consulta puerperal como critério indispensável ao conjunto da assistência, desvinculando a saúde da mãe da saúde do recém-nascido. O objetivo é atender as demandas considerando as especificidades da mulher como sujeito do processo de cuidado (SOUZA et al., 2008).

Pimenta, Nazareth e Souza (2010), relataram em seu estudo que, para atender as necessidades de saúde dessas mulheres e seguindo o princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na humanização da assistência, o Ministério da Saúde implanta, em 1998, os Sistemas de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, e entre os serviços prestados há a criação do programa “Casa das Gestantes”. Este programa oferece uma assistência qualificada, de uma equipe multiprofissional, às gestantes de alto risco que necessitam de observação e acompanhamento prolongado, devido ao seu quadro clínico.

Porém, as gestantes internadas neste tipo de serviço de saúde permanecem em área física diferenciada da hospitalar, em ambiente acolhedor e residencial.

Associa-se ao programa educativo uma atenção pré-natal de maior extensão, com a conseqüente possibilidade de promover, mesmo em ambientes primários ou secundários, manejos intervencionistas mais seguros em relação às mães e seus conceitos, o que evitaria a pré-eclâmpsia e a eclampsia numa boa proporção de pacientes. É obrigação do Estado garantir assistência integral à saúde. Há necessidade urgente de aplicação plena dos programas de saúde destinados à mulher brasileira (NOVO; GIANINI, 2010).

Souza et al (2007) afirma, é durante o pré-natal que a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar fatores que podem influenciar negativamente o curso da gestação, sejam eles de ordem social ou biológica. Entre eles, a detecção precoce da hipertensão gestacional, que pode ser identificada com técnica simples e de baixo custo, como aferição da pressão arterial.

Segundo Oliveira e Madeira (2011), a atenção pré-natal tem sido uma preocupação constante do Ministério da Saúde, o qual tem investido na capacitação de profissionais de todo o sistema de saúde, através da criação de protocolos e da implementação de unidades de referência. Citam no seu trabalho, os manuais enfatizam que o cuidado pré-natal deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização no atendimento à gestante. Os serviços de saúde e seus profissionais devem acolher a uma mulher com dignidade, tendo um olhar crítico e consciência de que ela é sujeito de direito e não objeto passivo da atenção.

É de fundamental importância o aperfeiçoamento das medidas de prevenção secundária da pré-eclâmpsia e da eclampsia pela rede de atenção à saúde, dirigindo-as aos grupos mais vulneráveis da população de acordo com Novo e Gianini (2010).

A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil (MELO et al., 2009).

Sem pretensão de generalização, alguns estudos não fazem diferenças significativas entre o número de consultas pré-natais e os resultados perinatais. Cita ainda, que a inadequação do uso da assistência pré-natal possui estreita ligação com as desigualdades sociais (SOUZA et al., 2007).

As gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo que possui necessidades específicas, em que a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais. Há diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos que são comuns às gestantes de risco, independente do diagnóstico (clínico e/ou obstétrico) que estejam apresentando, o que permite estabelecer quais dados devem ser prioritariamente investigados no momento da admissão da gestante, quando, algumas vezes, o diagnóstico (clínico e/ou obstétrico) ainda não está definido. Por outro lado, o diagnóstico quando conhecido, é importante, pois há diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos que estão estreitamente relacionados a eles (GOUVEIA; LOPES, 2004).

De acordo com pesquisa realizada, a associação entre a qualidade da assistência pré-natal e os indicadores de saúde da mulher é mais evidente quando se constata que 529.000 mulheres morrem a cada ano por causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento, sendo que 80% dos casos se devem a causas obstétricas diretas, e que, cada mulher que morre, muitas outras sofrem enfermidades que as incapacitam, de alguma forma, em sua vida produtiva e responsabilidades. Podemos também observar que quase quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completarem um mês de vida devido a complicações como prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Souza et al (2007), destacou que o período é de implantação da humanização da assistência nos serviços de saúde. Percebe-se que a realidade profissional constatada distancia-se da proposta de integralidade das ações de saúde quando não se consegue identificar e compreender as condições de fragilidade emocional das mães de prematuros, quando estas já acumularam o desgaste psicológico decorrente da gravidez de risco.

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo. Apesar dos esforços, 21,3% dos óbitos maternos ocorridos no Brasil nos anos de 1996-1997 foram atribuídos as causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação. A assistência perinatal adequada e a orientação sobre

planejamento familiar pode contribuir para a redução destes óbitos (DOURADO; PELLOSO, 2007).

A alta cobertura e a concentração de consultas no acompanhamento pré-natal nos fazem acreditar que não garantem a redução da mortalidade materna e perinatal. Esta vivência complexa em que as gestantes e a equipe de saúde, torna-se necessário conhecer como se dá a interação entre a gestante e a equipe interdisciplinar (FERREIRA, 2006).

Oliveira e Madeira (2011) acreditam que, quando a mulher vivencia uma relação mutua com outro, como ocorre no momento da gravidez, ela vive esta situação em um mundo onde estão seus projetos, suas lembranças e seus desejos, ela está cheia de dúvidas e expectativas. Nesse instante ela pode sentir prazer ou dor, confiança ou desconfiança, como pode reservar para si o que tem de mais íntimo e o que, muitas vezes, não pode revelar. Assim é preciso compreender, respeitar e cuidar deste momento.

Frente a isto, pensamos o cuidado em outra dimensão, o compreendemos de uma forma mais abrangente, na condição que a todo o momento estamos cuidando. Cuidamos e nos cuidamos e partindo desta premissa, cuidamos para que o cuidado seja seguro, diferenciado, integrativo, e que este possa ser verdadeiramente, para além de uma visão epistemológica, enfocando o ontológico. Neste sentido, entendendo o cuidado integrativo, como um conjunto de ações integradas ao ser humano, de relações interpessoais, um cuidado que busque desenvolver a capacidade de perceber/percebendo-se, ouvir/perscutando e tocar/sentindo o outro em seu contexto e nas dimensões de seu espaço. Assim, para efetivação deste cuidado, necessário haver uma interação, uma relação intersubjetiva, que traduza em intervenções mediadas pelo diálogo e pelas atitudes (FERRAZ et al., 2005).

É necessário na primeira oportunidade, no momento do diagnóstico, que se estabeleça uma relação de afeto, respeito e carinho com essa mulher. O vínculo profissional é nesse primeiro momento que se efetivará. É nesse momento que Oliveira e Madeira em 2011 afirmam, que o profissional da saúde sensível aos sentimentos da gestante, expressos de forma verbal ou não-verbal, poderá traçar condutas capazes de proporcionar mais tranquilidade à mulher e, por sua vez aceitação do filho.

De acordo com Ferraz et al (2005), observa-se no nosso cotidiano, que na implementação de cuidados padronizados, assemelhados a cuidados seriados, a situação que, se cuida conforme a patologia apresentada, o planejamento da assistência parte da doença de base e não das necessidades dos indivíduos, sendo que estes devem aderir ao cuidado proposto e adaptar-se a inflexibilidade das normas e rotinas. Cabe salientar que nestes casos, os fatores sociais, culturais, relacionais, religiosos e espirituais, são relegados a um segundo plano na elaboração dos cuidados e na implementação das questões educativas, pois se esquece que o ser humano tem dupla entrada “uma entrada biofísica e uma entrada psicosociocultural, que se remetem uma a outra”.

Souza et al (2008) relataram, na área da atenção à saúde da mulher e, mais especificamente, da saúde materna constituíram-se como grandes desafios a serem vencidos a melhoria da qualidade da assistência, o impedimento de mortes evitáveis e os direitos reprodutivos das mulheres. Neste sentido, cabe reforçar a necessária conjugação de esforços que devem dirigir-se à implementação e avanços no âmbito das políticas e das práticas profissionais em saúde. A enfermagem materna tem como foco a mulher no ciclo reprodutivo, seu filho e a família. Este grupo profissional vem desenvolvendo conhecimentos, competências, habilidades e ferramentas para compreender as mulheres holisticamente, suas demandas biológicas, mentais e sociais, as quais exercem influência sobre o processo saúde/doença e trazem consequências para a saúde de seus filhos (morbimortalidade perinatal) e de sua família.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como foco primordial agrupar o maior número de informações sobre as medidas que visem a atuação de enfermagem frente à gestante de alto risco, por meio de uma ampla revisão de literatura, a fim de identificar e reduzir os riscos relativos a ocorrência da pré-eclâmpsia.

Foi possível observar que a pré-eclâmpsia é uma patologia com uma alta incidência e com um impacto muito grande sobre a morbidade e mortalidade materna, o estudo aponta a necessidade de reorganização da assistência não apenas na unidade hospitalar, mas também na assistência básica, no local do acompanhamento pré-natal. Promover a integralidade das ações de saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, especialmente quando a gestação apresenta condições de risco materno-fetal é de grande importância na prevenção da doença.

A pré-eclâmpsia pode trazer graves intercorrências tanto a mãe quanto para o feto, e quando não tratadas de forma adequada, pode levar um ou outro e até mesmo ambos a óbito. Com o conhecimento dos fatores de risco, pode ser desenvolvido um tratamento preventivo para evitar que esta síndrome se instale, provocando maiores complicações.

Os profissionais de enfermagem devem obter o maior nível de conhecimento possível acerca da pré-eclâmpsia não somente no acompanhamento e tratamento, mas visando a educação, contribuindo para ajudar na prevenção da pré-eclâmpsia.

A assistência de enfermagem é responsável pela sua forma de atuação e de como é vista pela comunidade, e a equipe de enfermagem deve lutar por melhores condições de trabalho e investir na educação permanente.

Faz-se necessária a educação permanente, de modo que o enfermeiro teorize suas práticas, identifique as falhas com os seus colaboradores discutindo os cenários para entender as causas do problema e propor melhoria, a fim de transformar esta realidade existente e oferecer uma assistência de enfermagem livre de riscos para a paciente que estiver sob responsabilidade de sua equipe.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arqui Bras Cardiol.** 2008.
- BARROS, Sônia Maria Oliveira de. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**, Barueri, SP: Manole, 2006.
- BASSO, Neusa Aparecida de Sousa et al. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal- diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria.** Jáu/ SP, maio 2007.
- CABRAL, Antônio Carlos Vieira; LAZÁRO, Janaina de Freitas; VITRAL, Zilma Nogueira Reis. Concentração sérica materna de proteína C reativa em gestações complicadas pela pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2002.
- CAVALLI, Ricardo de Carvalho et al. Predição de pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, jan. 2009.
- COSTA, Hélio de Lima Ferreira Fernandes; COSTA, Cicero Ferreira Fernandes; COSTA, Laura Olinda Bregieiro Fernandes. Idade materna como fator de risco para hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Rev. Bras. Ginecol. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 631-635, 2003.
- CUNHA FILHO, Edson Vieira da, et al. Dilatação mediada por fluxo no diagnóstico diferencial da síndrome de pré-eclampsia. **Arqui Bras Cardiol, São Paulo, v. 94, n.2, p. 195-200.** 2009.
- CUNHA, Karla Joelma Bezerra; OLIVEIRA, Juliana Odorico de; NERY, Inez Sampaio. **Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclampsia**, jun. 2007.
- CUNHA, Valquiria Maria de Paula et al. Polimorfismos genéticos do fator de crescimento do endotélio vascular na pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, 2011.
- DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, 2007.
- FEITOSA, Alina Coutinho Rodrigues et al. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, 2010.
- FERRAZ, Fabiane. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.58, n.5, p.607-610. set./out. 2005.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, maio/jun. 2006.

FIGUERÓ-FILHO, Ernesto Antônio; OLIVEIRA, Vanessa Marcon de. Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclampsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípides em mulheres do Brasil central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2007.

FIGUERÓ-FILHO, Ernesto Antônio et al. Marcadores séricos de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípides em gestantes com antecedentes de pré-eclampsia grave. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2011.

GANEM, Eliana Marisa; CASTIGLIA, Yara Marcondes Machado. Anestesia na pré-eclampsia. **Rev. Bras. de Anestesiologia**, Campinas, v. 52, n.4, p. 481-497. jul/ago. 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLBERT, Airton; CAMPOS, Maria Amélia A. Diabetes melitus tipo 1 e gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.52, n. 2, p. 307-314. Mar. 2008.

GONÇALVES, Roselane; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. Bras. de Enfermagem, São Paulo**, v. 58, n. 1, p. 61-64. jan./fev. 2005.

GOUVEIA, Helga Geremias; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de alto risco. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 2. mar./abr. 2004.

ISERHARD, Ana Rosa Müller et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 116-122. jan./mar. 2009.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 174 – 214.

MAGANHA, Carlos Alberto et al. Tratamento do diabetes melito gestacional. **Rev Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 49, n.3, p. 330-334. Jul/set. 2003.

MELO, Brena Carvalho Pinto de et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclampsia grave. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 175-180.2009.

MELO, Vitor Hugo de; SAÁ, Lia Monserrath Flores. Monitorização ambulatorial da pressão arterial na gravidez: comparação da variabilidade pressórica entre gestantes normotensas e hipertensas crônicas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2000.

NERY, Fabiano Gonçalves et al. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 186-184. Out. 2002.

NORONHA NETO, Carlos; SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melânia Maria Ramos. Tratamento da pré-eclampsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set. 2010.

NOVO, Joe Luis Vieira; GIANINI, Reinaldo José. Mortalidade materna por eclampsia. **Revista Brasileira Materna Infantil**, Recife, v.10, n. 2, abr./jun. 2010.

OLIVEIRA, Cristiane Alves de et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, jan./mar. 2006.

OLIVEIRA, Leomara Mendes de et al. Repercussões da imersão sobre a pressão arterial em gestantes. **Revista Brasileira Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 32, n. 2-4, dez. 2010.

OLIVEIRA, Virginia Junqueira; MADEIRA, Anésia Moreira Faria. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Escola Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 1, p. 103-109. jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, Leandro Gustavo de; KARUMANCHI, Ananth; SASS, Nelson. Pré-eclampsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V de; PERSINOTTO, Márcia Oliveira dos Anjos. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 214-222. Set. 2001.

PADILHA, Patrícia de Carvalho et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2007.

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2005.

PIMENTA, Adriano Marçal; NAZARETH, Juliana Vieira; SOUZA, Kleyde Ventura de. Programa “casa das gestantes”: uma nova lógica de atenção à saúde materna e perinatal. **Rev Rene**, v.11, p. 230-233, 2010. Número especial.

REIS, Zilma Silveira Nogueira et al. Pressão arterial e concentração plasmática do peptídeo atrial natriurético e do peptídeo natriurético tipo B, em gestações complicadas pela pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, p.413-418, 2003.

REIS, Zilma Silveira Nogueira et al. Pré-eclampsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 2010.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2003.

SANTOS, Elvany Verônica dos; FILHO, José Meirelles. Plaquetograma em gestantes normais e com pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, p.201-206, 2004.

SELLI, Lucilda; VIAL, Eloir Antonio; JUNGES, José Roque. A enfermagem na ressignificação da vida diante da enfermidade. **Rev. Bras. de Enfermagem, Brasília**, v. 58, n. 1, p. 88-85. jan./fev. 2005.

SILVA, Lucía; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, nov./dez. 2004.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Prevenção da pré-eclampsia baseada em evidências. **Revista da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, Recife, v. 37, n. 1, jan. 2009.

SOUZA, Viviani Fink Fernandes de; DUBIELA, Angela; SERRÃO JÚNIOR, Nelson Francisco. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclampsia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 663 - 672, out./dez. 2010.

SOUZA, Nilba Lima de et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-7010. Out. 2007.

SOUZA, Kleyde Ventura de et al. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, jun. 2008.

SOUZA, Diego Agra de et al. Aumento no material fibrinoide perivilositário nas placentas de gestações com pré-eclampsia. **J Bras Patol Med Lab**, v. 47, n. 1, p. 71-77, fev. 2011.

VÁZQUEZ, Mônica López; FORTE, Wilma Carvalho Neves; TEDESCO, José Júlio de Azevedo. Quantificação das populações e subpopulações de linfócitos em gestantes com pré-eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 619-624, 2004.

WEINERT, Leticia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 55, n. 7, p. 435-445. Out. 2011.

Silva, Joseane Sousa da

Pré-eclampsia: atuação do enfermeiro frente à gestante de alto risco/Joseane Sousa da Silva. - .São Luís, 2014

Impresso por computador (fotocópia)

46p.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Faculdade Laboro / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Estratégia Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dra.Mônica Elinor Alves Gama

1.Pré-eclâmpsia. 2.Gestação de alto risco. 3.

CDU-618.3-06