



## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

**Francisca Emanuelle Rodrigues de Oliveira** <sup>1</sup>

**Andreza de Fátima Gomes Nobre** <sup>2</sup>

**Maria Katarina Mota Mendes** <sup>3</sup>

**Patrícia da Silva Pantoja** <sup>4</sup>

**Isabella Lima Barbosa Campelo** <sup>5</sup>

**Anna Paula Sousa da Silva** <sup>6</sup>

### **RESUMO**

**Introdução:** A hipertensão arterial crônica acomete em torno de 5% das gestações, sendo considerada como fator de risco para a pré-eclâmpsia, sendo a taxa sobreposta em pacientes hipertensas crônicas de 15 a 25%. A maioria dos casos de hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia leve se desenvolve próximo ao termo e apresenta taxas de mortalidade e morbidade perinatais similares às de pacientes normotensas. Segundo o Ministério da Saúde a classificação das síndromes hipertensivas da gravidez é: hipertensão crônica (geralmente observada antes da gravidez, ou antes, de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto); pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação, ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropisia fetal, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto). **Objetivo:** Identificar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), por meio da taxonomia da NANDA, no cuidado a uma cliente portadora de síndrome hipertensiva da gravidez.

**Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado no período de abril e maio de

2019 em um estágio supervisionado de saúde da mulher, que se realizou em hospital/maternidade de Fortaleza-Ce. **Resultados e Discussões:** A sistematização requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas. **Conclusão:** O presente estudo mostrou a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da prestação de cuidados por profissionais qualificados e envolvidos na assistência aos clientes portadores de síndromes hipertensivas da gravidez.

**Palavras-chaves:** Assistência de Enfermagem, Hipertensão Gestacional, Processo de Enfermagem.

**INTRODUÇÃO:** As síndromes hipertensivas que acometem a mulher grávida são habitualmente classificadas em "hipertensão gestacional" (pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada pela primeira vez na gestação, ausência de proteinúria, retorno aos níveis tensionais até 12 semanas após o parto), "pré-eclâmpsia" (pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação associada à proteinúria  $\geq 300$  mg/24 horas), "hipertensão arterial crônica" (pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação não atribuída à doença trofoblástica gestacional ou pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação que persiste após 12 semanas de pós-parto), eclâmpsia (presença de convulsão, que não pode ser atribuída a outras causas, em mulheres com pré-eclâmpsia) e "pré-eclâmpsia sobreposta" é surgimento de proteinúria  $\geq 300$  mg/24 horas em paciente hipertensa que não apresentava proteinúria antes de 20 semanas de gestação ou aumento importante da proteinúria, da pressão arterial ou plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$  em gestante hipertensa com proteinúria presente antes de 20 semanas de gestação (OLIVEIRA, LINS, NETTO, SILVA, 2016). As síndromes hipertensivas na gestação diferem quanto à prevalência, gravidade e efeitos sobre o feto. A prevalência de hipertensão gestacional em pacientes nulíparas é 6 a 17%, sendo 2 a 4% em pacientes múltiparas. Em 20-50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para PE, ou seja, há desenvolvimento de proteinúria, podendo a mesma se desenvolver antes ou após o parto (OLIVEIRA, LINS, NETTO, SILVA, 2016). A prevalência de pré-eclâmpsia é normalmente descrita como 5 a 8%, apresentando amplas variações na literatura. Em gestação gemelar essa prevalência é de 14%, podendo chegar a 40% em pacientes com pré-eclâmpsia prévia

(OLIVEIRA, LINS, NETTO, SILVA, 2016). A hipertensão arterial crônica acomete em torno de 5% das gestações, sendo considerada como fator de risco para a pré-eclâmpsia, sendo a taxa sobreposta em pacientes hipertensas crônicas de 15 a 25%. A maioria dos casos de hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia leve se desenvolve próximo ao termo e apresenta taxas de mortalidade e morbidade perinatais similares às de pacientes normotensas (OLIVEIRA, LINS, NETTO, SILVA, 2016). A eclâmpsia é comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente, isto é, distúrbios do sistema nervoso central (cefaléia frontal/occipital, torpor, obnubilação e alterações do comportamento), visuais (escotomas, fosfenas, visão embaçada e até amaurose) e gástricos (náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico). A causa exata das convulsões não é conhecida. Entre as teorias propostas estão o vasoespasmio cerebral com isquemia local, a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão, o edema vasogênico e a lesão endotelial. Em gestante hipertensa, a ocorrência de crise convulsiva deve sempre ter como diagnóstico inicial a eclâmpsia (OLIVEIRA, LINS, NETTO, SILVA, 2016). Segundo o Ministério da Saúde a classificação das síndromes hipertensivas da gravidez é: hipertensão crônica (geralmente observada antes da gravidez, ou antes, de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto); pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação, ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropisia fetal, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto). Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaléia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15 mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30 mmHg na sistólica ou 15 mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais atenta, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6mg/dL) (BRASIL, 2020). A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios: 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 25 ml/hora), níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL, sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia, plaquetopenia (<100.000/mm<sup>3</sup>), aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubina e presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico. A

eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato (BRASIL, 2020). As gestantes com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo. Na avaliação das condições maternas deve contar: PA de 4/4h durante o dia, pesagem diária, pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia: cefaléia frontal ou occipital persistente; distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose); dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhado ou não de náuseas e vômitos, hiper-reflexia; proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; hematócrito e plaquetas; provas de função renal e hepática. Não há necessidade de tratamento medicamentoso. As gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais. Avaliar necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação. A conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas e observadas por 24 horas para determinar a elegibilidade para a conduta e nesse período serão manejadas como se segue: administração de sulfato de magnésio; uso de corticóide (betametasona 12 mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM); administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina); infusão de solução de ringer lactato a 100-125ml/h (BRASIL, 2020). A ocorrência de convulsões caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais. A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de escolha. O enfermeiro dentro de seu plano de cuidados deve estabelecer ações que contemplem cuidados às portadoras de síndromes hipertensivas desde o pré-natal até o puerpério. O processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessário a utilização de um método científico para que os conceitos de teoria sejam implantados na prática (TANNURE, 2010). A ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio das quais essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem, ou seja, é o método de solução dos problemas

do paciente. O processo de enfermagem foi descrito como uma proposta para melhorar a qualidade do cuidado prestado por meio do relacionamento dinâmico enfermeira-paciente (HORTA, 1979). O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica que e menos intuitiva, e a aplicação sistemática do conhecimento a situações específicas da assistência aos pacientes, sendo assim, a profissão só alcançará autonomia quando toda a classe começa a utilizar essa metodologia científica para a aplicação sistemática do processo de enfermagem (TANNURE, 2010).

**OBJETIVO:** Identificar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), por meio da taxonomia da NANDA, no cuidado a uma cliente portadora de síndrome hipertensiva da gravidez, prestando um cuidado focado na assistência individualizada, buscando as suas necessidades básicas para a recuperação à saúde e melhoria da qualidade de vida.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência realizado no período de abril e maio de 2019 em um estágio supervisionado de saúde da mulher, que se realizou em hospital/maternidade de Fortaleza-Ce. A coleta de dados foi realizada através do prontuário da paciente, do exame físico, preenchimento do histórico obstétrico padrão da maternidade. Foi utilizado como conceito para os diagnósticos de enfermagem a definição da NANDA. Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A sistematização requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas. Através da observação das necessidades das pacientes participantes, foram encontrados os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco de infecção relacionado a procedimento invasivo, constipação relacionada à tensão emocional, débito cardíaco diminuído relacionado ao ritmo e frequência cardíaca alterada, integridade da pele prejudicada, dor aguda e necessidades psicobiológicas relacionadas ao ganho ativo de líquidos. Sendo realizado como intervenções: verificar presença de sinais flogísticos em locais de incisão cirúrgica e punção venosa, ficar atenta para qualquer alteração na eliminação das loquizações, registrar presença de edema, controlar a ingestão de líquidos e dieta hipossódica, realizar balanço hídrico, estimular a

deambulação precoce em pós-operatório, verificar e registrar sinais vitais, curva pressórica, observar fatores de risco individual presentes, determinar o grau de disfunção e acometimento dos órgãos, registrar local e característica da dor, proporcionar posição de conforto, avaliar integridade da pele, registrar alterações, registrar aspectos da ferida operatória, realizar/auxiliar/estimular hidratação e higienização da pele e realizar curativo se necessário.

**CONCLUSÃO:** O presente estudo mostrou a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e da prestação de cuidados por profissionais qualificados e envolvidos na assistência aos clientes portadores de síndromes hipertensivas da gravidez. O estudo possibilitou um maior conhecimento na área de assistência à saúde da mulher, oferecendo a oportunidade de vivenciar práticas que contribuíram para a formação acadêmica. É importante considerar que, neste contexto de assistência direta, cabe ao enfermeiro avaliar o paciente individualmente e prestar cuidados com competência técnico-científica, justificada pelos achados clínicos, pela avaliação dos riscos aos quais cada cliente está exposto, e pelo exame físico, que é a base para assistência segura em enfermagem.

#### **Referências:**

1. OLIVEIRA, Cristiane Alves de; LINS, Carla Pereira; NETTOI, Hermógenes Chaves. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2016.
2. HERDMAN, T. Heather (Org.). **DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: Definições e Classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p. Regina Machado Garcez.
3. PERAÇOLI<sup>1</sup>, José Carlos; PARPINELLI<sup>2</sup>, Mary Angela. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. Botucatu-sp: Revista de Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.
4. Brasil. 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 : Editora do Ministério da Saúde, 2020.**
5. TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

---

<sup>1</sup> Graduandos em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifanor, [andrezaanobree@gmail.com](mailto:andrezaanobree@gmail.com) , [ershalom22@gmail.com](mailto:ershalom22@gmail.com) [katarinabraga13@gmail.com](mailto:katarinabraga13@gmail.com)

<sup>2</sup> Docentes do curso de graduação em Enfermagem do Centro Unifanor, [patricia.pantoja@unifanor.edu.br](mailto:patricia.pantoja@unifanor.edu.br) , [isabella.barbosa@unifanor.edu.br](mailto:isabella.barbosa@unifanor.edu.br).

[anna.pssilva@professores.unifanor.edu.br](mailto:anna.pssilva@professores.unifanor.edu.br)