

Assistência de enfermagem nas síndromes hipertensivas específicas da gravidez: revisão sistemática

Nursing care in pregnancy-specific hypertensive syndromes: a systematic review

Cuidados de enfermagem en síndromes hipertensivos específicos del embarazo: una revisión sistemática

Recebido: 25/06/2022 | Revisado: 04/07/2022 | Aceito: 08/07/2022 | Publicado: 17/07/2022

Isabella Beatriz dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6630-554X>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

E-mail: isabellasantos47@gmail.com

Luciana Soares Costa Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5708-1460>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: luciana.santos@fcmsantacasasp.edu.br

Geraldo Mota de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9923-1842>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

E-mail: geraldo.carvalho@fcmsantacasasp.edu.br

Gislaine Eiko Kuahara Camiá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9123-1186>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

E-mail: gislaine.camia@fcmsantacasasp.edu.br

Lenir Honorio Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3313-3486>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

E-mail: lenir.honorio.soares@gmail.com

Stefanie dos Santos Prestes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7690-4813>

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

E-mail: stefanie.prestes@aluno.fcmsantacasasp.edu.br

Resumo

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é uma das principais causas de mortalidade materno-fetal. O profissional que estabelece vínculo com a gestante e acompanha o pré-natal, parto e pós-parto deve conhecer os fatores de risco que afetam a saúde da mulher e do bebê, permitindo o planejamento da assistência visando a prevenção de complicações. O objetivo deste estudo é identificar os fatores de risco, complicações e a atuação de enfermagem nas SHEG e elencar os principais diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem. Trata-se de uma revisão sistemática, cuja amostra foi composta por 14 artigos. A partir de então, foi delineado um perfil da gestante com maior risco para o surgimento das SHEG e definido características como, idade materna, condições socioeconômicas, nível de escolaridade, etnia, antecedentes pessoais e familiares e histórico obstétrico. Foram identificadas complicações maternas e perinatais. A atuação de enfermagem é evidenciada pelas ações de detecção precoce, avaliação dos fatores de risco e incentivo à adesão terapêutica. Além disso, os diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem operacionalizam a assistência nas SHEG. Embora o número de publicações seja escasso, o estudo considera claro na literatura a descrição dos fatores de risco para o surgimento das SHEG e suas principais complicações. Estes aspectos fundamentam a atuação de enfermagem que atuará na identificação destes fatores de risco, monitoração dos sinais e sintomas, prevenção de agravos e acolhimento da gestante e família.

Palavras-chave: Hipertensão induzida pela gravidez; Enfermagem; Gravidez de alto risco.

Abstract

The pregnancy-specific hypertensive syndrome (PSHS) is one of the main causes of maternal-fetal mortality. The professional who establishes a bond with the pregnant woman and monitors prenatal, childbirth and postpartum care must know the risk factors that affect the health of the woman and the baby, allowing the planning of care aimed at preventing complications. The aim of this study is to identify the risk factors, complications and the nursing performance in PSHS and to list the main diagnoses, goals and nursing interventions. This is a systematic review, whose sample was composed of 14 articles. A profile of the pregnant woman most at risk for the onset of PSHS was then outlined, and

characteristics such as maternal age, socioeconomic conditions, level of education, ethnicity, personal and family history, and obstetric history were defined. Maternal and perinatal complications were identified. The nursing performance is evidenced by early detection actions, evaluation of risk factors, and encouragement of therapeutic adherence. Furthermore, diagnosis, goals, and nursing interventions operationalize care in PSHS. Although the number of publications is scarce, the study considers clear in the literature the description of risk factors for the emergence of PSHS and its main complications. These aspects are the basis for the nursing performance that will work in the identification of these risk factors, monitoring of signs and symptoms, prevention of diseases, and welcoming pregnant women and their families.

Keywords: Pregnancy-induced hypertension; Nursing; High-risk pregnancy.

Resumen

La síndrome hipertensivo específico del embarazo (SHEE) es una de las principales causas de mortalidad materno-fetal. El profesional que establece vínculo con la gestante y acompaña la atención prenatal, parto y puerperio tiende a conocer los factores de riesgo que afectan la salud de la mujer y del bebé, permitiendo la planificación de la asistencia dirigida a la prevención de complicaciones. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo, complicaciones y la actuación de enfermería en SHEE y enumerar los principales diagnósticos, metas y intervenciones de enfermería. Se trata de una revisión sistemática, cuya muestra estuvo compuesta por 14 artículos. A partir de ahí, se delineó un perfil de la gestante con mayor riesgo y se definieron características como edad materna, condiciones socioeconómicas, nivel educativo, etnia, antecedentes personales, familiares y antecedentes obstétricos. Se identificaron complicaciones maternas y perinatales. La actuación de la enfermería se evidencia por las acciones de detección precoz, evaluación de factores de riesgo y incentivo a la adherencia terapéutica. Además, los diagnósticos, metas y intervenciones de enfermería operacionalizan la asistencia en la SHEE. Finalmente, aunque el número de publicaciones es escaso, el estudio considera que la descripción de los factores de riesgo para la aparición de SHEE y sus principales complicaciones es clara en la literatura. Estos aspectos son la base para la actuación de enfermería que actuará en la identificación de estos factores de riesgo, seguimiento de signos y síntomas, prevención de agravios y acogida de la gestante y su familia.

Palabras clave: Hipertensión inducida en el embarazo; Enfermería; Embarazo de alto riesgo.

1. Introdução

A gestação é um período que envolve variadas transformações, sejam elas fisiológicas, psicológicas e sociais. Acompanhada dessas transformações está a atenção pré-natal com o objetivo de identificar e intervir em situações de risco a partir da monitoração e acompanhamento do período gestacional (Sartori, et al., 2019). Através da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento onde há a garantia de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento do período gestacional (Brasil, 2000). Porém, a frequência destes atendimentos pode variar conforme as situações de risco e os períodos gestacionais (Sartori, et al., 2019). A busca pela identificação do risco gestacional deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser dinâmica e contínua. A definição de risco gestacional não é tarefa fácil, as listas e critérios de definição de risco gestacional apresentam muita divergência na literatura especializada (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde classifica o risco gestacional como: a) gestação de risco habitual, onde após a avaliação no pré natal, não é identificado maiores riscos ou complicações para o binômio; b) gestação de alto risco, onde é identificado previamente doenças na mãe ou identificadas durante a gestação que coloquem em risco sua vida e/ou do feto, com a hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, anemias graves, alterações cardíacas etc.) (Brasil, 2020).

A hipertensão gestacional (HG) é uma das complicações que está diretamente relacionada à mortalidade materna e perinatal. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Barroso, et al., 2021), indicam um percentual de cerca de 0,9 a 1,5% de gestantes com hipertensão crônica e de 2 a 8% de casos, a nível mundial, onde a pré-eclâmpsia se apresenta como uma complicação durante o período gestacional e puerpério.

A toxemia gravídica é uma doença multissistêmica que costuma ocorrer na segunda metade da gestação, caracterizada por hipertensão e proteinúria. Nas suas formas graves, instala-se a convulsão, e a doença antes chamada pré-eclâmpsia, passa a ser denominada eclâmpsia (Montenegro, et al., 2018). Para classificar a hipertensão na gravidez utiliza-se o modelo registrado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), em 2013, onde é classificada em 4 categorias: (1) pré-

eclâmpsia/eclâmpsia; (2) hipertensão crônica (de qualquer causa); (3) hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada; e (4) hipertensão gestacional (Montenegro, Buriá & Rezende Filho, 2018).

A hipertensão na gestação é caracterizada pela pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Essa medida deve ser mensurada em duas ocasiões, com, no mínimo, quatro horas de intervalo, com a paciente sentada (Zugaib, 2020; Barroso, et al., 2021).

A hipertensão arterial crônica é relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação; a hipertensão gestacional acontece em gestantes previamente normotensas, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE) e deve desaparecer até 12 semanas após o parto; quando o quadro da paciente se agrava e o resultado da proteinúria é significativo (≥ 300 mg/24 horas) ela é classificada como pré-eclâmpsia, porém, na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas). A pré-eclâmpsia, pode também ser subclassificada em relação à idade gestacional em: Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas de gestação); Pré-eclâmpsia tardia (≥ 34 semanas); Pré-eclâmpsia pré-termo (< 37 semanas) e Pré-eclâmpsia de termo (≥ 37 semanas). A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica é estabelecida em algumas situações específicas, como o surgimento da proteinúria já detectada na primeira metade da gestação, quando as gestantes necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais e na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo (Brasil, 2022).

A pré-eclâmpsia é definida como uma das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG) e consiste no surgimento da hipertensão após a vigésima (20ª) semana de gestação acompanhada de proteinúria. Esta consiste no nível elevado de proteína na urina (Sartori, et al., 2019). Pode surgir antes da vigésima semana de gestação em caso de doença trofoblástica gestacional e hidropsia fetal acompanhada de proteinúria. Após doze semanas pós-parto este quadro tende a desaparecer (Dusse, et al., 2001). Na ausência de proteinúria, outros sinais de gravidade serão investigados para a definição deste diagnóstico, como trombocitopenia, elevação do valor da creatinina basal e das transaminases, aumento da pressão arterial, dores abdominais, quadro de edema agudo de pulmão, sintomas visuais e cefaleia (Barroso, et al., 2021; Dusse, et al., 2001).

Segundo Sartori, et al. (2019), a PE pode estar associada também à restrição de crescimento e movimentação fetal intrauterina, descolamento placentário prematuro, parto pré-termo e ao desenvolvimento do quadro de eclâmpsia. Outrossim, quando a síndrome hipertensiva surgir em gestantes que possuem hipertensão crônica, para fins de classificação e conduta, será diagnosticada como pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. Ademais, a PE pode, ainda, ser classificada em leve ou grave, isso vai de acordo ao grau de comprometimento (Barroso, et al., 2021; Dusse, et al., 2001).

A eclâmpsia, outra forma da SHEG, está diretamente relacionada à taxa de mortalidade materna e perinatal ao passo que sua incidência é alta e seu desenvolvimento é grave. Será definido como eclâmpsia, o quadro de pré-eclâmpsia que evolui em convulsões tônico-clônicas (Sartori, et al., 2019). Há três momentos em que o quadro de eclâmpsia pode surgir, sendo eles durante a gestação, no parto ou no puerpério imediato (Brasil, 2010).

Uma das manifestações mais características da SHEG é a vasoconstrição arteriolar acentuada, acarretando um aumento da resistência periférica, tendo como consequência o imediato aparecimento da hipertensão. Observa-se na SHEG o aumento de consumo plaquetário e uma disfunção das células endoteliais. Isso favorece a ativação das plaquetas e a coagulação sanguínea, resultando então em um estado de hipercoagulabilidade mais acentuada do que em uma gestação normal (Moura, et al., 2011). É necessário um pré-natal com controle rigoroso, pois, este controle reduz as chances de mortalidade materna e perinatal. Existem alguns recursos, como o aparelho de imagem Dopplervelocimetria, que são utilizados no pré-natal para avaliar as condições circulatórias, diagnosticando assim a insuficiência placentária. O uso deste aparelho é de forma segura e não invasiva (Brasil,

2012). Para a decisão pela antecipação do nascimento nestas condições é necessário que a equipe médica e os familiares estejam cientes dos riscos que o recém-nascido está exposto em razão da prematuridade e restrição de crescimento intrauterino. É necessário dispor de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal preparada para receber esse recém-nascido (RN), além de uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento de inúmeras complicações e intercorrências (Brasil, 2012).

Diante do contexto e da gravidade das SHEG, pode-se compreender que a assistência de enfermagem planejada a partir da visão do cuidado integral à saúde direciona as ações do profissional de maneira a atender as necessidades particulares de cada mulher (Sartori, et al., 2019). O profissional que estabelece vínculo com a gestante e acompanha todo o processo do pré-natal, parto e pós-parto tende a conhecer os fatores de risco que podem afetar a saúde da mulher e do bebê.

O profissional enfermeiro não conduz as consultas de pré-natal de alto risco. No entanto, seu papel é fundamental na assistência à gestante com SHEG ao passo que atuará identificando fatores de risco e alterações durante o atendimento no serviço de saúde que conduzirá a uma assistência adequada ao binômio mãe-filho. Além disso, o acolhimento é imprescindível pois, nesse momento repleto de novidades e dúvidas serão avaliadas também as queixas, medos e anseios relatados. As orientações devem ser realizadas de forma clara a fim de que a gestante seja capaz de esclarecer seus questionamentos e participar do controle da própria condição.

Desta forma, destaca-se a importância deste estudo como um direcionador da assistência de enfermagem e ressalta a importância do conhecimento do enfermeiro acerca das características da patologia afim de nortear sua atuação. O presente estudo tem como objetivo identificar na literatura científica os fatores de risco, complicações e a atuação de enfermagem, bem como os principais diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem nas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática, desenvolvida seguindo as diretrizes da *Proffered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (Moher, et al., 2015), realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) à partir da consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) gravidez de alto risco, hipertensão induzida pela gravidez, hipertensão, enfermagem, enfermeiros. Os descritores foram combinados de diferentes formas para garantir uma busca ampla, com o uso dos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos estudos que descrevem os fatores de risco, as complicações e a atuação de enfermagem na Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, publicações a partir de janeiro de 2017 até maio de 2022 na língua portuguesa e com texto completo disponível. Estudos experimentais, carta resposta e editoriais foram excluídos da amostra.

A seleção dos estudos foi realizada de forma padronizada por dois revisores de forma independente (aluno e orientador), a partir da leitura do título e resumo. Para composição da amostra, todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Algumas informações foram obtidas por meio de recursos online e listadas nas referências, como estudos epidemiológicos de coorte relevantes ao tema. Após a leitura do título e resumo dos estudos foram computados os estudos selecionados, após exclusão segundo critérios descritos com os seguintes itens de identificação dos artigos: título do artigo, ano de publicação, nome do(s) autor(es), base de dados, nome do periódico, tipo de pesquisa, tamanho da amostra e principais resultados relacionados a fatores de risco, complicações decorrentes das SHEG e a atuação de enfermagem. A partir do levantamento dos dados na literatura foi possível elencar os diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções de enfermagem na assistência à gestante nestas condições de alteração pressórica.

3. Resultados

Para a primeira etapa, optou-se por utilizar os termos “gravidez de alto risco, hipertensão induzida pela gravidez, hipertensão, enfermagem, enfermeiro” como estratégia para elaboração da questão norteadora, que é “Qual o papel do enfermeiro no manejo dos fatores de risco, complicações e sistematização do cuidado nas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação?” por representar os elementos essenciais que orientarão uma pesquisa adequada e uma correta definição das evidências a serem explanadas. Vejamos no Quadro 1.

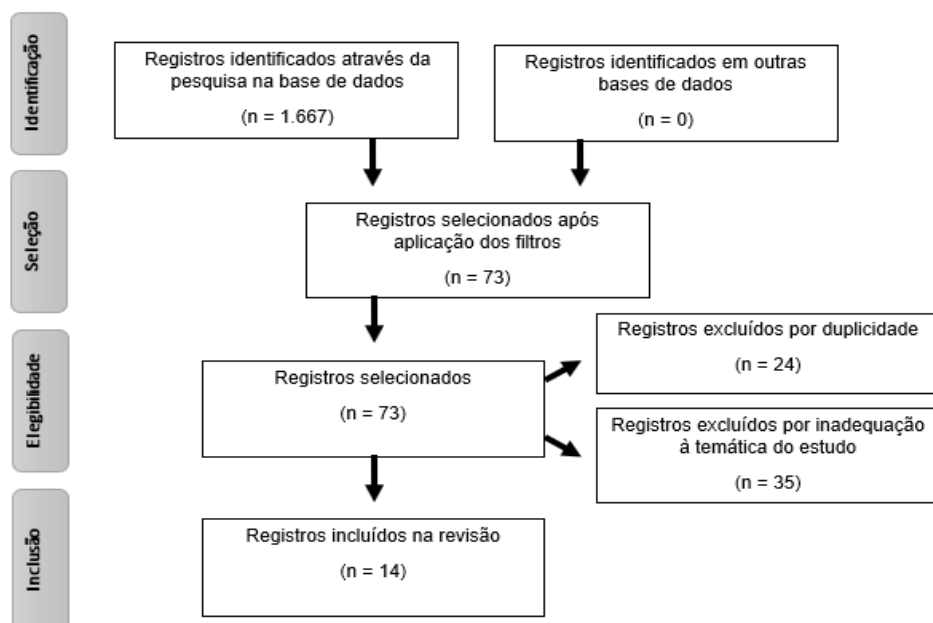
Quadro 1. Definição de descritores e estratégias utilizadas na busca do material bibliográfico. São Paulo, 2022.

Descritores DeCs/MeSH	Definição	Palavras-chave
Gravidez de alto risco	Gravidez em que a mãe e/ou o feto correm risco de morbidade ou mortalidade maior que o normal. Entre as causas estão a falta de cuidado pré-natal inadequado, antecedentes obstétricos (aborto espontâneo), doença materna pré-existente, doença induzida pela gravidez (hipertensão gestacional) e gravidez múltipla, bem como idade materna avançada (maior que 35 anos).	Gestação de Alto Risco Gestante de Risco
Hipertensão induzida pela gravidez	Afecção em uma mulher grávida com pressão sanguínea sistólica (maior que 140 mm hg) e diastólica (maior que 90 mm hg) registrada em pelo menos dois momentos com 6h de intervalo entre as medidas. A hipertensão complica 8 a 10 % de todas as gestações, geralmente após 20 semanas de gestação. A hipertensão gestacional pode ser dividida em várias amplas categorias de acordo com a complexidade e os sintomas associados, como edema, proteinúria, convulsões, anormalidades na coagulação sanguínea e funções hepáticas.	Hipertensão Induzida por Gravidez Hipertensão Gestacional
Hipertensão	Pressão arterial sistêmica persistente alta. Com base em várias medições (determinação da pressão arterial), a hipertensão é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90 mmHg ou superior.	Pressão Arterial Alta Hipertensão Arterial Pressão Sanguínea Alta
Enfermagem	Campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde.	Enfermagem
Enfermeiros	Profissionais graduados em uma escola acreditada de enfermagem e que passaram pelo exame de licenciamento nacional para praticar enfermagem. Eles prestam serviços a pacientes que requerem assistência para recuperar ou manter sua saúde física ou mental.	Enfermeira e Enfermeiro Enfermeiros e Enfermeiras

Fonte: Autores (2022).

A estratégia de busca dos materiais bibliográficos seguiu a estratégia PRISMA. Vejamos a seguir.

Figura 1. Estratégia Prisma para busca de materiais publicados. São Paulo, 2022.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

O Quadro 2 foi elaborado com o objetivo de apresentar o material bibliográfico incluído na amostra total deste estudo. Foram apresentadas as variáveis: título, autor e ano de publicação, base de dados, periódico, tipo de estudo, amostra e os principais resultados obtidos em cada material.

Quadro 2. Material bibliográfico segundo título, autor, ano de publicação, base de dados, periódico, tipo de estudo, amostra e principais resultados. São Paulo, 2022.

TÍTULO	AUTOR E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	PRINCIPAIS RESULTADOS
Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados.	Soares & Lentshck, 2021.	LILACS, BDENF.	<i>Rev. Pesqui.</i> (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)	Transversal, observacional.	314 gestantes.	Os fatores associados às SHEG estão para além de contextos gestacionais, necessitando então, de uma assistência qualificada no pré-natal mas também à mulher em idade fértil.
Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão.	Oliveira, et al., 2020.	LILACS, BDENF.	<i>Rev. Pesqui.</i> (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)	Epidemiológico descritivo, comparativo, longitudinal e de abordagem quantitativa.	46 registros de óbitos maternos.	O comprometimento e a atenção qualificada, humanizada e integral dos gestores e profissionais é fundamental para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.
Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal.	Cassiano, et al., 2019.	LILACS, BDENF.	<i>Online braz. j. nurs.</i> (Online)	Transversal, de prevalência.	157 neonatos.	A pré-eclâmpsia está associada a presença da restrição de crescimento intrauterino (RCIU), óbito fetal, prematuridade, baixo peso, necessidade de reanimação neonatal e admissão na unidade de cuidados intensivos.
Aspectos sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez.	Gonçalves, et al., 2019.	BDENF.	<i>CuidArte, Enferm.</i>	Retrospectivo e descritivo.	†	A assistência no pré-natal com a caracterização do perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial tem grande relevância no curso do processo saúde-doença e no desfecho materno e perinatal no contexto das SHEG.
Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer.	Moraes, et al., 2019.	LILACS	<i>Rev. baiana saúde pública.</i>	Descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	190 prontuários.	A assistência no pré-natal qualificada e com prevenção de complicações pode resultar em desfechos positivos, mesmo diante desta patologia e de um perfil clínico e obstétrico materno de risco.
Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.	Thuler & Wall, 2019.	LILACS, BDENF.	<i>Cogit. Enferm.</i> (Online)	Metodológico de abordagem quantitativa.	30 gestantes	A Escala de Auto eficácia de Gestantes na Prevenção de Complicações das Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) se caracterizou como um instrumento eficaz para avaliação e planejamento de cuidados às gestantes.

Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional.	Lima, et al., 2018.	LILACS, BDENF.	<i>Rev Rene</i> (Online).	Descritivo e exploratório.	50 gestantes.	O conhecimento do perfil de gestantes com SHG auxilia no direcionamento dos cuidados durante o pré-natal para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações.
Mulheres com síndromes hipertensivas.	Mariano, et al., 2018.	BDENF.	<i>Rev. enferm. UFPE online.</i>	Quantitativo, exploratório, descritivo, retrospectivo e de delineamento documental.	196 prontuários.	A identificação dos fatores de risco auxilia na qualidade da assistência à saúde às mulheres com SHEG.
Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.	Amorim, et al., 2017.	BDENF.	<i>Rev. enferm. UFPE online.</i>	Descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa.	250 prontuários.	Diante da incidência e gravidade da pré-eclâmpsia e seus agravos, é de suma importância a atuação dos profissionais de saúde no planejamento de uma assistência integral e direcionada às gestantes.
Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	Antunes, et al., 2017.	LILACS, BDENF.	<i>REME rev. min. Enferm.</i>	Transversal, de base documental.	920 prontuários de gestantes.	Os cuidados especializados à gestante com um pré-natal de qualidade são necessários para se prevenir resultados perinatais desfavoráveis no contexto das síndromes hipertensivas na gestação.
Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil.	Kerber & Melere, 2017.	LILACS, BDENF.	<i>Rev. cuid.</i> (Bucaramanga. 2010).	Transversal retrospectivo.	459 gestantes.	A assistência de qualidade no pré-natal é de extrema importância para a prevenção de complicações e riscos maternos e fetais.
Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.	Oliveira, et al., 2017.	LILACS, BDENF.	<i>Rev. cuid.</i> (Bucaramanga. 2010).	Pesquisa de campo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.	9 enfermeiros.	A assistência de enfermagem às gestantes com síndrome hipertensiva (SH), em conjunto com a equipe multiprofissional, é essencial para a preservação e manutenção da vida o binômio mãe-bebê.
Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013.	Pereira, et al., 2017.	LILACS, BDENF.	<i>Rev. Pesqui.</i> (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)	Epidemiológico, descritivo, documental, transversal e de	‡	A síndrome hipertensiva gestacional é uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Por isso, é essencial uma atenção qualificada dos profissionais da saúde.

				abordagem quantitativa.		
Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de minas gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos.	Silva, et al., 2017.	LILACS.	<i>J. Health Biol. Sci.</i> (Online).	Descritivo, exploratório e documental, com abordagem quantitativa.	36 mulheres.	O acompanhamento da gestante durante o pré-natal deve ser supervisionado pelo profissional de maneira a evitar falhas na terapêutica e garantir a qualidade de vida da gestante e a sobrevida fetal.

(†, ‡) Nestes estudos não foram mencionados os tamanhos das amostras.

Fonte: Autores (2022).

A partir da análise dos artigos selecionados para este estudo, foram elencados os fatores de risco (Quadro 3), principais complicações (Quadro 4) e a atuação de enfermagem (Quadro 5) nas SHEG. Vejamos a seguir.

Quadro 3. Fatores de risco associados às Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação. São Paulo, 2022.

TÍTULO	FATORES DE RISCO
Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados.	Obesidade; DCNT (doenças crônicas não transmissíveis); histórico de filho morto em gestação anterior; maus hábitos alimentares; não recebe algum benefício social; sem acompanhamento com médico especialista; não participa de grupos de gestantes; não realiza planejamento familiar.
Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão.	Nível de escolaridade de 8 a 11 anos de estudo; idade de 30 a 39 anos; cor parda; solteira.
Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal.	Idade média de 27 anos; renda familiar de até 1 salário-mínimo; união estável; cor parda; primigestas e primíparas; histórico de aborto; história familiar de hipertensão arterial (HA) e pré-eclâmpsia; histórico da patologia em gestações anteriores.
Aspectos sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez.	Estado civil casadas; raça branca; ensino médio completo; idade de 24 a 34 anos; nuliparidade; antecedentes pessoais de diabetes mellitus, hipertensão crônica, obesidade; histórico pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia e doença renal.
Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer.	Idade entre 19 e 25 anos; cor parda; solteira; escolaridade: ensino médio completo; múltiparas; histórico de abortamento anterior.
Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.	Idade média de 33,4 anos.
Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional.	Idade entre 18 e 35 anos; histórico de cesáreas anteriores; antecedentes pessoais de diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, cardiopatas, acima do peso e hemorragia durante a gestação.
Mulheres com síndromes hipertensivas.	Idade de 16 a 30 anos; múltiparas.
Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.	Idade de 26 a 32 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental; cor parda; antecedentes familiares de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, pré-eclâmpsia e eclâmpsia; gestação gemelar; primiparidade; antecedentes pessoais de hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal, gestação molar, nova paternidade.
Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	gestações previamente classificadas como gestações de alto risco e acompanhadas por um ambulatório especializado; o perfil epidemiológico das gestantes não foi descrito no estudo. somente o diagnóstico: síndrome hipertensiva, hipertensão arterial (grupo 1), pré-eclâmpsia (grupo 2), DHEG (grupo 3).
Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil.	Idade média de 29 anos; cor branca; a maioria não possuía plano de saúde privado; obesidade (até como um fator agravante para o desenvolvimento de doenças crônicas; histórico de síndrome hipertensiva gestacional em gestações anteriores.
Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.	Durante o estudo não foi descrito um perfil epidemiológico das gestantes; alguns fatos associados à patologia: acompanhamento pré-natal com atrasos nos resultados de exames e retornos médicos, diagnóstico e tratamento tardio e a falta de orientação e preparo quanto ao manejo da gestação de alto risco e ao parto.
Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013.	Idade materna de 30-39 anos e 40-49 anos; baixo nível de escolaridade; estado civil solteiras e viúvas ou divorciadas; cor parda; obesidade; antecedentes pessoais de diabetes mellitus, hipertensão, nefropatias, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; antecedente familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia; dietas hipoproteicas e hipersódicas; grupo sanguíneo AB; primigestas; gestações múltiplas; hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica.
Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de minas gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos.	Idade de 18 a 24 anos; primigestas e primíparas; sem acompanhamento puerperal.

Fonte: Autores (2022).

Quadro 4. Complicações das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação. São Paulo, 2022.

TÍTULO	COMPLICAÇÕES
Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados.	Relacionado à saúde da mulher/gestante: intercorrências cardiovasculares, renais, pulmonares, encefalopatias e coagulopatias; relacionado à saúde fetal: prematuridade e baixo peso ao nascer.
Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão.	Os distúrbios hipertensivos na gestação se caracterizam como uma das maiores causas de mortalidade materna em países emergentes.
Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal.	RCIU, OFIU, prematuridade, baixo peso ao nascimento, necessidade de reanimação e admissão na UTIN; óbito fetal.
Aspectos sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez.	Uma das principais causas de morbimortalidade materna; retardo do crescimento intrauterino; oligodramnia; prematuridade; sofrimento fetal; óbito fetal ou do recém-nascido.
Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer.	HELLP± e suas complicações (insuficiência cardíaca, pulmonar e renal); Complicações fetais (crescimento uterino restrito, síndrome do desconforto respiratório); Prematuridade; Se histórico de pré-natal inadequado, evidenciou-se recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG), prematuros e com índice de Apgar negativo.
Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.	Atribui as SHEG como uma das principais causas de morbimortalidade materna.
Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional.	Uma das principais causas de morbimortalidade materna; prematuridade; crescimento intrauterino restrito; ruptura prematura de membrana e variações na quantidade de líquido amniótico (oligodramnio/ polidramnio).
Mulheres com síndromes hipertensivas.	Uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal; desenvolvimento da forma grave da patologia, como a eclampsia; edema pulmonar; acidente vascular encefálico; disfunções hepática e renal; óbito. Ao feto e recém-nascido, prematuridade, anomalias fetais, crescimento intrauterino diminuído, morte fetal intraútero e neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG).
Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.	Pré-eclâmpsia grave; deslocamento prematuro da placenta; prematuridade; retardo do crescimento intrauterino; morte fetal; edema pulmonar e cerebral; óbito materno; necessidade de hospitalização na UTIN.
Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	À saúde materna: encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, comprometimento renal, coagulopatia. À saúde fetal, as possíveis complicações são: restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso, prematuridade, recém-nascido pequeno para idade gestacional, admissão em UTI neonatal, mortalidade neonatal e/ou natimortalidade.
Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil.	A maioria das gestantes com este diagnóstico apresentaram alguma complicação materno-fetal, sendo que as mais prevalentes: prematuridade, infecção do trato urinário, pós-datismo e centralização do fluxo sanguíneo fetal.
Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.	Uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal; sofrimento fetal.
Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013.	Óbito materno; descolamento prematuro de placenta; alterações da vitalidade fetal.
Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de minas gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos.	Uma das principais causas de mortalidade materna; comprometimento de outros órgãos.

(±) A HELLP consiste na forma grave da evolução da pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Fonte: Autores (2022).

Quadro 5. Atuação de enfermagem nas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação. São Paulo, 2022.

TÍTULO	ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM
Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados.	Deve objetivar os melhores resultados maternos e neonatais; promover intervenções no âmbito da saúde da mulher antes da gestação afim de reduzir a incidência de doenças crônicas; encaminhamento e orientação para acompanhamento com o cardiologista para associar anti-hipertensivos ao tratamento; promover um número maior de consultas pré-natais; provisão de intervenções adequadas a cada caso e vigilância contínua do risco; promover a qualidade do pré-natal a partir de um plano de cuidado individual, sistematizado pelo enfermeiro e pela equipe multiprofissional, com utilização de tecnologias leves (como a educação em saúde).
Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão.	Promover atenção de saúde qualificada, humanizada e integral para contribuir na promoção de saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de complicações e óbitos maternos e/ou fetais.
Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal.	Identificar, precocemente, sinais e sintomas de agravos da saúde materna e fetal.
Aspectos sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez.	Assistência pré-natal com o planejamento e ações para identificação de riscos; agendamento e orientação quanto à realização de exames periódicos; prevenção de agravos.
Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer.	Incentivo ao pré-natal com, no mínimo, 6 consultas através de medidas de adesão; identificação precoce dos agravos à saúde da mãe e de seu bebê; controle dos níveis pressóricos; conscientizar mulheres hipertensas sobre a importância do planejamento reprodutivo; escuta acolhedora; realização de ações preventivas que visem o favorecimento do desfecho no contexto das SHEG.
Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.	O enfermeiro pode aplicar a Escala de Autoeficácia de Gestantes na Prevenção de Complicações das Síndromes Hipertensivas da Gravidez (EASHG) com o objetivo de desenvolver ações de cuidado seguras, individualizadas e multidimensionais para as gestantes de alto risco.
Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com síndrome hipertensiva gestacional.	Direcionar ações para oportunizar o diagnóstico precoce e a prevenção das principais complicações que a Síndrome Hipertensiva Gestacional pode causar.
Mulheres com síndromes hipertensivas.	Identificar fatores de risco que auxiliam na qualidade da assistência à mulher; prevenção e identificação precoce das síndromes hipertensivas por meio do correto acompanhamento da gestante nas consultas de pré-natal; gerenciar as condutas escolhidas para cada caso, administrando processos assistenciais e realizando manejo dos casos clínicos adequadamente, como a efetuação da curva pressórica, a administração dos anti-hipertensivos necessários, a verificação da frequência cardíaca fetal (FCF) e a identificação precoce de alterações e possíveis complicações da patologia, favorecendo as intervenções com antecedência.
Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.	Assistência no pré-natal para identificar possíveis complicações e ofertar meios preventivos para um parto seguro; esclarecer aspectos psicossociais, assim como atividades educativas e preventivas; acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo o bem-estar materno e neonatal; assistência puerperal qualificada e humanizada com condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; garantir o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, integrando todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido; garantir a qualidade do acesso, da cobertura e da melhoria da assistência na perspectiva dos direitos de cidadania; estimular o uso do cartão da gestante ferramenta para garantir a continuidade do cuidado desde a gestação até o parto e puerpério.
Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco.	Propor e incentivar partos realizados em centros de referência de alto risco, com assistência especializada e suporte tecnológico; garantir assistência de qualidade no pré-natal, com identificação precoce dos agravos à saúde da mãe e do feto; realizar controle rigoroso dos níveis pressóricos; conscientizar mulheres hipertensas sobre a importância do planejamento reprodutivo; estimular e orientar quanto a possibilidade do parto normal como fator de proteção, mesmo que o parto cesáreo seja incluído em situações de agravamento; conscientizar a mulher sobre seu histórico obstétrico - gestações anteriores com pré-eclâmpsia já a classificam como de alto risco; realizar o acompanhamento das gestantes através do pré-natal de alto risco (PNAR) com consultas especializadas, exames direcionados, referência ao parto; conscientizar as

	gestantes sobre cuidados com a gravidez, alimentação, uso de medicamentos, acompanhamento dos valores pressóricos; realizar o acolhimento no ambulatório; oferecer orientações sobre o agendamento das consultas; realizar uma comunicação direta com a atenção primária.
Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil.	Garantir um pré-natal de qualidade, com foco na prevenção, diagnóstico e intervenção precoce, conduzindo uma gestação sem ou com redução dos fatores de risco maternos e fetais; promover ações que garantem a adesão terapêutica e medicamentosa, nos casos de indicação e prescrição médica de anti-hipertensivos, a fim de melhorar o desfecho materno-fetal, prevenindo complicações, prolongando a duração da gestação e diminuindo a duração das internações hospitalares.
Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.	Planejar ações de prevenção de complicações; assistir as intercorrências; realizar anamnese e exame físico avaliando as necessidades individuais e detectando sinais e sintomas; promover a manutenção do controle e o monitoramento do risco iminente da gestação; planejar o fluxo do atendimento e avaliar a necessidade de transferência para assistência de alto risco; realizar avaliação da vitalidade fetal por meio do partograma e de exames complementares; estimular o conforto e o bem-estar através da diminuição da ansiedade e do medo; detectar precocemente as intercorrências; estimular a presença nas consultas de enfermagem e atividades em grupo.
Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013.	Identificar e implementar intervenções efetivas na redução da mortalidade materna durante o pré-natal, parto e puerpério; utilizar sistemas de registro de nascimentos e mortes para fins de monitoramento; planejamento familiar; utilizar tecnologias apropriadas; aplicar e avaliar protocolos de atenção institucional ao parto; avaliar melhorias das intervenções baseadas na vigilância epidemiológica em conjunto com ações humanizadoras da assistência.
Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de minas gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos.	Investigar fatores de risco, antecedentes familiares de doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) e antecedentes pessoais; acompanhamento contínuo e com duas consultas mensais; incentivar o acompanhamento com especialistas para um melhor desfecho ao binômio mãe-filho.

Fonte: Autores (2022).

Os principais diagnósticos de enfermagem aplicados na assistência de enfermagem à gestante com SHEG e Síndrome de HELLP, em conjunto com as metas e intervenções de enfermagem foram identificados e apresentados neste estudo, conforme apresentado no Quadro 6. Vejamos a seguir.

Quadro 6. Diagnósticos, metas e intervenções de Enfermagem nas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação. São Paulo, 2022.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	META	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controle Ineficaz da Saúde	Conhecimento: controle da síndrome hipertensiva na gestação	✓ Realizar orientações sobre a patologia, fisiopatologia, tratamento e gravidade; ✓ Orientar quanto à importância da terapêutica realizada; ✓ Realizar educação em saúde sobre a patologia e o tratamento.
Manutenção Ineficaz da Saúde	Comportamento de adesão terapêutica; assistência no autocuidado; melhora da auto competência; identificação de risco.	✓ Auxiliar o paciente ou a família na participação do planejamento dos cuidados, autocuidado e comunicação; ✓ Estimular o paciente a procurar o serviço de emergência, em sinais de agravo; ✓ Avisar o paciente sobre consultas agendadas, conforme apropriado.
Ansiedade	Escutar ativamente; melhora do enfrentamento; terapia do relaxamento.	✓ Usar abordagem calma e tranquilizadora; ✓ Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a paciente possa ter durante o procedimento; ✓ Orientar a paciente sobre uso de técnicas de relaxamento.
Débito cardíaco diminuído	Regulação hemodinâmica; controle do choque hipovolêmico; monitoração de sinais vitais.	✓ Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; ✓ Monitorar sinais vitais com frequência; ✓ Promover a redução do estresse.

Volume excessivo de líquidos	Monitoração hídrica; controle do peso; controle do edema;	✓ Avaliar localização e extensão do edema, se presente; ✓ Orientar a procura pela consulta quando os sinais/sintomas de excesso de volume de líquidos persistirem ou piorarem; ✓ Monitorizar indicações de sobrecarga/retenção de líquidos.
Dor aguda	Administração de medicamentos; redução da ansiedade; controle do ambiente; monitoração de sinais vitais.	✓ Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; ✓ Investigar com a paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; ✓ Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor (ex: medo, cansaço, monotonia e falta de informação).
Risco de função hepática prejudicada	Deteção do risco; controle dos exames laboratoriais; acompanhamento com profissional especializado.	✓ Monitorar fatores de risco; ✓ Realizar e monitorar exames laboratoriais (TGO, TGP, gama GT e bilirrubinas); ✓ Avaliar sinais de complicações hepáticas, como epigastralgias, dor no hipocôndrio direito, palidez, icterícia;
Risco de Infecção	Deteção do risco; integridade tissular: pele e mucosas; proteção contra infecção.	✓ Realizar higiene das mãos; ✓ Manter sistema fechado de drenagem de urina por sonda vesical de demora; ✓ Monitorar e avaliar sinais flogísticos em inserção de cateteres; ✓ Assegurar manuseio asséptico em técnicas assépticas conforme protocolo institucional.

Fonte: Moura, et al. (2019); Vitorino, et al. (2021); Johnson (2012); Herdman, Kamitsuru & Lopes (2021).

4. Discussão

Para melhor entendimento dos achados iremos apresentar a discussão em temáticas relacionadas a SHEG.

Fatores de risco

A partir da leitura detalhada dos artigos e em comparação com o material disponível na literatura sobre o assunto, foi possível delinear um perfil da gestante com maior risco para o surgimento das SHEG. Isto porque, apesar das divergências entre alguns dados, pode-se destacar aspectos semelhantes nos estudos e na literatura. Características como, idade materna, condições socioeconômicas, nível de escolaridade, etnia, antecedentes pessoais e familiares, e o histórico obstétrico, influenciam na incidência e agravamento das síndromes hipertensivas. Apesar dos estudos apresentarem diferentes idades maternas em gestantes com este diagnóstico, a idade mais prevalente é a de superior a 30 anos. Dados da literatura confirmam este aspecto e associam a idade materna extrema à maior probabilidade de risco gestacional e ao comprometimento vascular. Estas gestações demandam maior planejamento e acompanhamento profissional. Vale destacar que a primiparidade em gestantes com menos de 24 anos de idade também se caracterizou como um fator de risco para o desenvolvimento da patologia (Henriques, et al., 2022).

Na literatura, as condições socioeconômicas e o baixo nível de escolaridade se caracterizam como um fator de risco porque estas gestantes possuem menor instrução e baixa adesão terapêutica (Henriques, et al., 2022). Os artigos apresentados também evidenciaram um maior número de gestantes com SHEG sob estas condições. Em relação a cor e etnia, os artigos selecionados para este estudo demonstraram a cor da pele parda como mais incidente em gestantes com SH, evidenciando, inclusive, aspectos da miscigenação no Brasil. No entanto, na literatura, a raça negra é a etnia com maior prevalência e que se associa como um fator de risco (Henriques, et al., 2022).

A análise dos materiais destaca que grande parte das gestantes diagnosticadas com alguma SHEG, possui outras comorbidades, principalmente Diabetes Mellitus, nefropatias, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade. Esses antecedentes pessoais se confirmaram na literatura (Henriques, et al., 2022; Abrahão, et al., 2020; Thuler, et al., 2018). Estudos (Henriques, et al., 2022) também demonstram que, em mulheres com quadro de hipertensão arterial crônica por mais de quatro

anos, o risco de desenvolver pré-eclâmpsia é maior. Somado ao histórico pessoal, os antecedentes familiares compõem os fatores de risco para as SHEG. A gestante com antecedente familiar de hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e doença renal (Henriques, et al., 2022; Abrahão, et al., 2020) possui um maior risco de desenvolver um quadro de hipertensão arterial durante a gestação.

Quanto aos antecedentes obstétricos, os artigos apresentaram aspectos como, gestantes com histórico de abortamento prévio, gravidez múltipla, primiparidade e diagnóstico de SHEG em gestação anterior. Na literatura, pode-se evidenciar estes fatores de risco tanto no surgimento das SH, quanto no agravamento das mesmas (Abrahão, et al., 2020; Thuler, et al., 2018; Cassiano, et al., 2020).

Complicações

Com a análise dos artigos incluídos neste estudo, identificou-se as principais complicações das SHEG. Seja em razão dos fatores de risco identificados no perfil das gestantes, do próprio decorrer da gestação, ou até mesmo da ausência de acompanhamento profissional e intervenções, as síndromes hipertensivas gestacionais podem evoluir com diversas complicações, sendo uma das principais causas de mortalidade materna e fetal (Henriques, et al., 2022; Abrahão, et al., 2020; Thuler, et al., 2018; Cassiano, et al., 2020; Prado & Silva, 2017).

Identificar o perfil de risco da gestante auxilia o profissional de saúde a planejar intervenções prevenindo possíveis complicações. Quadros de níveis pressóricos de difícil controle, oligúria, proteinúria, convulsões tônico-clônicas e outras alterações sistêmicas são causas de morbidade materna e fetal, porém preveníveis (Henriques, et al., 2022). Dentre os desfechos maternos, foram identificadas a eclâmpsia e a síndrome de HELLP. Estas consistem em situações de agravamento da pré-eclâmpsia, sendo a eclâmpsia a presença de convulsões associadas a um quadro hipertensivo, e a “síndrome de HELLP uma complicação obstétrica definida por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = low platelets count)” (Henriques, et al., 2022).

Para além destes agravos, as gestantes estão sujeitas a outras complicações, como insuficiência renal, descolamento prematuro da placenta, edema cerebral, descolamento de retina, edema de laringe e hematoma hepático (Abrahão *et al.*, 2020). O feto e recém-nascido também são afetados com o agravamento da doença, sendo as principais complicações: restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, baixo peso ao nascer, maior ocorrência de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Síndrome da Angústia Respiratória, e outros (Cassiano, et al., 2020; Prado & Silva, 2017).

Atuação de enfermagem

Tendo em vista a gravidade da patologia, seu elevado índice de morbimortalidade materna e fetal e sendo as complicações preveníveis a partir da assistência à saúde, as SHEG se tornaram um problema de saúde pública (Cassiano, et al., 2020). A atenção integral à saúde no pré-natal, parto e puerpério podem direcionar diferentes desfechos no contexto das síndromes hipertensivas. A atuação de enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional, descrita pelos artigos incluídos neste estudo, estão em conformidade com o que é registrado na literatura. A começar pela detecção precoce das síndromes hipertensivas que, a partir das consultas de pré-natal, devem objetivar a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da patologia (Abrahão, et al., 2020; Cassiano, et al., 2020).

A assistência de enfermagem deve ser planejada de maneira individual (Abrahão, et al., 2020; Prado & Silva, 2017). Detalhadamente, conhecer os antecedentes familiares e a presença de comorbidades prévias auxiliará o profissional na avaliação integral da gestante. Após o diagnóstico, em cada consulta, o risco gestacional deve ser reavaliado e reclassificado. Desta forma, as ações, intervenções e cuidados em saúde são constantemente planejadas para prevenir complicações e promover um desfecho favorável ao binômio mãe-bebê (Thuler, et al., 2018).

Estudos (Abrahão, et al., 2020) apresentam também a importância de estimular a presença e o compromisso da gestante com as consultas e os programas dos serviços de saúde. Promover clareza e esclarecimento das dúvidas (Abrahão, et al., 2020), estimular a gestante a reconhecer sinais de agravamento da doença e procurar o serviço de saúde diante destes, e incentivar a adesão terapêutica, os hábitos saudáveis e o autocuidado (Thuler, et al., 2018) compõem as intervenções de enfermagem.

Outro estudo (Prado & Silva, 2017) apresenta uma ferramenta de monitoramento dos níveis pressóricos, que é o uso da Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Utilizando o MAPA, o profissional de saúde é capaz de planejar o atendimento com base em valores pressóricos mais confiáveis e sem interferência de fatores externos e psicológicos.

Vale destacar que, para além da assistência à saúde da gestante, a atuação de enfermagem deve alcançar a saúde da mulher. Ações de prevenção de doenças crônicas, correção de hábitos de vida, introdução de fatores de proteção, como prática de exercícios, exames regulares e hábitos alimentares adequados, contribuem para uma futura gestação com menos fatores de risco e com o histórico de acompanhamento da saúde (Cassiano, et al., 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que o enfermeiro utiliza para planejar a assistência e os cuidados à gestante de forma individualizada e integral (Abrahão, et al., 2020). A SAE é operacionalizada a partir do Processo de Enfermagem, composto pelas fases de: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação (Vitorino, et al., 2021). Os diagnósticos de enfermagem elencados neste estudo demonstram que a assistência de enfermagem deve estar além do aspecto biológico. Uma assistência integral reconhece necessidades biopsicossociais.

No contexto dos diagnósticos de enfermagem “Controle ineficaz da saúde” e “Manutenção ineficaz da saúde” existe a identificação da necessidade de conhecimento da patologia, suas formas de apresentação, seus sinais e sintomas, sinais de agravamento, seu tratamento e possíveis consequências. A assistência de enfermagem no pré-natal deve atuar com estratégias educativas e orientações, além de auxiliar a gestante na compreensão da patologia e na forma de aderir ao tratamento, de maneira individual e personalizada (Moura, et al., 2019).

Com o olhar holístico, foi identificado também o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”. Em razão da gravidade da patologia e dos possíveis desfechos, a gestante se encontra em um estado de medo, nervosismo e insegurança (Moura, et al., 2019). A enfermagem é essencial no acolhimento dessas queixas. A gestante deve ser avaliada individualmente de maneira que o atendimento multiprofissional, a rede de apoio e a escuta qualificada façam parte da assistência de saúde.

Os diagnósticos de enfermagem “Débito cardíaco diminuído” e “Volume excessivo de líquidos”, justificados por alterações na pré e pós-carga cardíaca, foram elencados neste estudo e se relacionam com os sinais e sintomas de gestantes com SHEG, como edema, fadiga, ganho de peso e alteração nos níveis pressóricos (Moura, et al., 2019). Diante disso, o exame físico e a avaliação contínua da gestante são de extrema importância na identificação de sinais de agravos e na prevenção de complicações. Além disso, a equipe de saúde definirá condutas embasadas na avaliação física, somadas aos resultados de exames laboratoriais.

Outros sintomas que fazem parte desta avaliação são a cefaleia, epigastralgia e dor no hipocôndrio direito. Justificando então o diagnóstico de enfermagem “Dor aguda”. Estes são essenciais na identificação precoce da Síndrome de HELLP e consequente prevenção de complicações graves. Relacionado a Síndrome de HELLP, há o diagnóstico de “Risco de função hepática prejudicada” que direciona cuidados na avaliação de sinais de complicações hepáticas (Vitorino, et al., 2021). O diagnóstico de enfermagem “Risco de Infecção”, amplamente utilizado na assistência de enfermagem de maneira a estabelecer cuidados de prevenção e monitoração de infecção, no contexto das SHEG, está relacionado aos procedimentos invasivos (Vitorino, et al., 2021). Tanto os acessos venosos quanto as sondagens vesicais de demora trazem riscos, reforçando então, a prática dos procedimentos de maneira adequada e conforme orientam os protocolos assistenciais.

Nesta revisão, não foram encontrados estudos que apresentavam o diagnóstico de enfermagem “Risco de sangramento”. Porém, compreende-se a condição pela qual a gestante está exposta diante da gravidade da patologia. Na Síndrome HELLP, que

se configura como uma forma grave da doença, existe o quadro de plaquetopenia e, por isso, um maior risco de sangramento. Na atuação de enfermagem, destaca-se a avaliação da vitalidade fetal e a orientação à gestante para que a mesma identifique a diminuição ou ausência de movimentos fetais, além de relatar a ocorrência de episódios de contrações, dores em baixo ventre, perdas de líquido ou sangramento vaginal.

Como parte da monitoração dos sinais e sintomas, pode ser aplicado o diagnóstico de enfermagem “Risco de pressão arterial instável” de maneira a estabelecer cuidados de verificação e controle dos níveis pressóricos e planejar intervenções o quanto antes. Este diagnóstico de enfermagem também não foi identificado nos recentes estudos da literatura científica brasileira.

5. Conclusão

As Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez são uma das principais causas de mortalidade materna e fetal. A atuação de enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional, possui um papel fundamental para o desenvolvimento do melhor desfecho para o binômio mãe-bebê. Este estudo confirmou informações da literatura em relação aos fatores de risco para o surgimento das SHEG e as principais complicações à gestante e ao feto/recém-nascido decorrentes da patologia. Estes aspectos fundamentam a atuação de enfermagem que, essencialmente, atuará na identificação destes fatores de risco, na monitoração dos sinais e sintomas, na prevenção de agravos e no acolhimento e apoio da gestante e família. Como parte da SAE, os diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções, através do Processo de Enfermagem, operacionalizam o planejamento dos cuidados à gestante e auxiliam o profissional na assistência integral e humanizada. Dentre as limitações deste estudo, os resultados apresentam poucas publicações na língua portuguesa sobre o tema. Ainda que esta revisão tenha confirmado os dados apresentados na literatura científica, incentiva-se o maior engajamento na produção de estudos que caracterizem a atuação da enfermagem frente às SHEG.

Referências

- Abrahão, A. C. M., Santos, R. F. S., Viana, S. R. G., Viana, S.M., & Costa, C. S. C. (2020). Atuação do enfermeiro a pacientes portadoras de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”*, 6(1):51-63. <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/192/192>
- Amorim, F. C. M., Neves, A. C. N., Moreira, F. S., Oliveira, A. D. S., & Nery, I. S. (2017). Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(4), 1574-1583. 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201703
- Antunes, M. B., Demitto, M. O., Gravena, A. A. F., Padovani, C., & Pelloso, S. M. (2017). Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 21:e-1057. 10.5935/1415-2762.20170067
- Barroso, W. K. S., Rodrigues, C. I. S., Bortolotto, L. A., Mota-Gomes, M. A., Brandão, A. A., Feitosa, A. D. M., Machado, C. A., Poli-de-Figueiredo, C. E., Amodeo, C., Mion Júnior, D., Barbosa, E. C. D., Nobre, F., Guimarães, I. C. B., Vilela-Martin, J. F., Yugar-Todelo, J. C., Magalhães, M. E. C., Neves, M. F. T., Jardim, P. C. B., Miranda, R. D., & Nadruz, W. (2021). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116(3):516-658. 10.36660/abc.20201238
- Brasil (2020). Ministério da Saúde. Gravidez. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/g/gravidez>
- Brasil (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- Brasil (2010). 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. – (5ª. Ed.) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
- Brasil (2012). 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. – (5ª. Ed.): Editora do Ministério da Saúde, 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- Brasil (2000). Portaria Nº 570, de 1º de junho de 2000. Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html
- Cassiano, A. N., Vitorino, A. B. F., Oliveira, S.I.M., Silva, M. L. C., Souza, N. M. L., & Souza, N. L. (2020). Desfechos perinatais em gestantes com síndromes hipertensivas: revisão integrativa. *Revista de enfermagem da UFSM*; 10: 23, 2020. 10.5902/2179769233476

- Cassiano, A. N., Vitorino, A. B. F., Silva, M. L. C., Nóbrega, C. S. M. H., Pinto, E. S. G., & Souza, N. L. (2019). Desfechos perinatais de gestantes com pré-eclâmpsia grave: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 18(4). https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6205/html_2
- Dusse, L. M. S., Vieira, L. M., & Carvalho, M. G. (2001). Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 37 (4), pp.267-272. ISSN 1676-2444. 10.1590/S1676-24442001000400008
- Gonçalves, G. A., Paes, L. B. O., Parro, M. C., Olivares, N. M., Gambarini, T., Casanova, M. S., & Accorsi Neto, A. C. (2019). Aspectos sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na síndrome hipertensiva na gravidez. *Revista CuidArte, Enfermagem*, 13(1): 27-31. <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v1/27.pdf>
- Henriques, K. G. G., Souza, E. C., Silva, A. P. L., Meguins, K. C. P., Pinto, L. M., Amaral, P. L., Pereira, L. J., Tavares, P. R., Sales, M. E. L., Oliveira, T. G. P., Silva, K. S. O., Castilho, F. N. F., Cardoso, J. C., Vasconcelos, T. O., Oliveira, M. V., & Oliveira, L. V. (2022). Fatores de risco das síndromes hipertensivas específicas da gestação: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(5), e43911527981. 10.33448/rsd-v11i4.27981
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021) Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021-2023: Artmed.
- Johnson, M., Moorhead, S., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, E. (2012). *Ligações NANDA NOC-NIC*. Rio de Janeiro: Editora Grupo GEN Guanabara Koogan.
- Kerber, G. F., & Melere, C. (2017). Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Revista CuidArte, Enfermagem*, 8(3): 1899-190. 10.15649/cuidarte.v8i3.454
- Lima, J. P., Veras, L. L. N., Pedrosa, E. K. F. S., Oliveira, G. S. C., & Guedes, M. V. C. (2018). Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Revista Rene, Fortaleza*, 19, e3455. 10.15253/2175-6783.2018193455
- Mariano, M. S. B., Belarmino, A. C., Vasconcelos, J. M. S., Holanda, L. C. A., Siqueira, D. A., & Ferreira Junior, A. R. (2018). Mulheres com síndromes hipertensivas. *Revista de enfermagem da UFPE on line*, 12(6): 1618-1624. 10.5205/1981-8963-v12i6a230780p1618-1624-2018
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *The PRISMA Group. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, 24(2). Traduzido por: Tais Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad. 10.5123/S1679-49742015000200017
- Montenegro, C. A. B., Buriá, M., & Rezende Filho, J. (2018). Toxemia gravídica/pré-eclâmpsia e eclâmpsia: Guanabara Koogan.
- Moraes, L. S. L., França, A. M. B., Pedrosa, A. K., & Miyazawa A. P. (2019). Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer. *Revista baiana de saúde pública*; 43(3): 599-611. 10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2974
- Moura, M. D. R., Castro, M. P., Margotto, P. R., & Rugolo, L. M. S. S. (2011). Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22 (sup. Esp. 1): 113-120. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf
- Moura, S. G., Santos, N. F. S., Reis, M. A., Matos, M. A., Rolindo, J. M. R., Melo, L. B., Meireles, G. O. A. B., Godoi, G. R., Silva, P. S., Oliveira, E. D. F., Moraes Filho, I. M., Aranha, T. C., Melo, J. M., Almeida, F. F., & Alexandre, F. (2019). Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doença hipertensiva específica da gestação no período gravídico-puerperal: uma abordagem quantitativa. *International Journal of Development Research*. 09, (12), 32647-32654. <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/17720.pdf>
- Oliveira, E. T. A., Cavalcante, A. E. O., Santos, L. C. M., Balduino, A. C. S., Penha, J. C., & Rodrigues, J. A. (2020). Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão. *Revista Online de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, 12:609-615. 10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8970
- Oliveira, G. S., Paixão, G. P. N., Fraga, C. D. S., Santos, M. K. R., & Santos, M. A. (2017). Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1561-1572. 10.15649/cuidarte.v8i2.374
- Pereira, G. T., Santos, A. A. P., Silva, J. M. O., & Nagliate, P. C. (2017). Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. *Revista Online de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, 9(3):653-658. 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.653-658
- Prado, P. F., & Silva, S. S. B. E. (2017). Uso da monitoração ambulatorial da pressão arterial nos distúrbios hipertensivos gestacionais. *ABCS Health Sciences*, 42(2): 105-108. 10.7322/abcshs.v42i2.1011
- Sartori, A. C., Amaro, A. G. V., Lopes, J. M. F., Alves, N. R. C., & Portes, V. M. (2019). Cuidado integral à saúde da mulher. SAGAH.
- Silva, P. L. N., Oliveira, J. S., Santos, A. P. O., & Vaz, M. D. T. (2017). Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos. *Journal of Health & Biological Sciences*, 5(4):346-351. 10.12662/2317-3076jhbs.v5i4.1222.p346-351.2017
- Soares, L.G., & Lentsck, M. H. (2021). Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados. *Revista Online de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, 13:626-633. 10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9352.
- Thuler, A. C. M. C., Wall, M. L., Benedet, D. C. F., Kissula, S. R. R., & Souza, M. A. R. (2018). Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na atenção primária. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4): 1060-1071. 10.5205/1981-8963-v12i4a234605p1060-1071-2018
- Thuler, A. C. M. C., & Wall, M. L. (2021). Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção das síndromes hipertensivas da gravidez. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26, e75754. 10.5380/ce.v26i0.75754
- Vitorino, P. G. S., Flauzino, V. H. P., Gomes, D. M., Hernandes, L. O., & Cesário, J. M. S. (2021). Assistência de enfermagem em pacientes com síndrome de HELLP. *Research, Society and Development*, 10(8), e47810817669. ISSN 2525-3409. 10.33448/rsd-v10i8.17669
- Zugaib, M. (2020). Zugaib obstetrícia. Barueri: Manole.