

Toxemia gravídica: condutas de enfermagem no atendimento hospitalar

Pregnancy toxemia: nursing conduct in hospital care

DOI:10.34117/bjdv8n5-315

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Deyse Cristiellen dos Santos Sousa

Graduanda do curso de Enfermagem (FAMETRO)

Instituição: Centro Universitário FAMETRO

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000 Chapada, Manaus-AM

E-mail: deyse.janasson@gmail.com

Leidiane Gomes Santos

Graduanda do curso de Enfermagem (FAMETRO)

Instituição: Centro Universitário FAMETRO

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000 Chapada, Manaus-AM

E-mail: leidiane.101327@gmail.com

Luna Dantas Barbosa

Graduanda do curso de Enfermagem (FAMETRO)

Instituição: Centro Universitário FAMETRO

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000 Chapada, Manaus-AM

E-mail: luna-dantas18@outlook.com

Graciana de Sousa Lopes

Mestre em Enfermagem (UFAM/UEPA)

Instituição: Centro Universitário FAMETRO

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000 Chapada, Manaus-AM

E-mail: gracilopes@hotmail.com

RESUMO

A toxemia gravídica é uma doença que geralmente ocorre na secundametade da gravidez e é caracterizada por hipertensão e proteinúria. A pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva da gestação, descrita como uma desordem decorrente da má perfusão placentária e da disfunção endotelial, que gera elevação dos níveis pressóricos ou proteinúria. Metodologia: Os estudos foram coletados nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (SciELO). Resultados: No quadro clínico relacionado a toxemia gravídica função do enfermeiro é a de prevenir ou reduzir os fatores de risco de toxemia gravídica bem como fornecer cuidados especiais para mulheres que sofrem de pré-eclâmpsia e / ou eclampsia. Nas condutas de enfermagem prestadas a gestante com diagnóstico de toxemia gravídica fica evidente que é necessário atenção primária na conduta do pré-natal. Conclusão: Ficou evidente que os riscos de pré-eclâmpsia quando diagnosticada são altos, a equipe de enfermeiros atua dentro do quadro clínico do paciente no sentido de intervir e reverter a situação buscando a saúde de ambos, mãe e recém-nascido, por isso que desde cedo a

grávida precisa passar por um acompanhamento assíduo no pré-natal para que seja elaboradas intervenções que possam apresentar resultado favorável na gestação.

Palavras-chave: hipertensão, gestação, pré-eclâmpsia, assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Toxemia of pregnancy is a disease that usually occurs in the second half of pregnancy and is characterized by hypertension and proteinuria. Preeclampsia is a hypertensive syndrome of pregnancy, described as a disorder resulting from poor placental perfusion and endothelial dysfunction, which generates elevated blood pressure levels or proteinuria. Methodology: The studies were collected from electronic databases: Latin American Literature and the Caribbean in Health Sciences (LILACS), (SciELO). Results: In the clinical picture related to toxemia of pregnancy, the nurse's role is to prevent or reduce the risk factors of toxemia of pregnancy as well as to provide special care for women suffering from preeclampsia and/or eclampsia. In the nursing practices provided to pregnant women diagnosed with toxemia of pregnancy, it is evident that primary care is needed in prenatal care. Conclusion: It was evident that the risks of preeclampsia when diagnosed are high, the team of nurses acts within the clinical picture of the patient in order to intervene and reverse the situation seeking the health of both, mother and newborn, which is why From an early age, the pregnant woman needs to undergo assiduous prenatal care so that interventions can be developed that may have a favorable result during pregnancy.

Keywords: hypertension, pregnancy, preeclampsia, nursing care.

1 INTRODUÇÃO

A toxemia gravídica é uma doença multissistêmica que geralmente ocorre na segunda metade da gravidez e é caracterizada por hipertensão e proteinúria. Em casos graves, ocorrem convulsões e esta doença anteriormente conhecida como pré-eclâmpsia torna-se eclâmpsia (BAETA *et al.*, 2018).

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome de hipertensão induzida pela gravidez, que é descrita como uma doença causada por má perfusão placentária e disfunção endotelial, levando a níveis elevados de pressão arterial ou proteinúria. Geralmente ocorre após 20 semanas de gravidez em gestantes com pressão arterial previamente normal (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A frequência global de PE é de 2% a 8%. No Brasil, é a principal causa de morte materna direta, com as maiores proporções encontradas nas regiões Norte e Nordeste, o que reflete a enorme relevância epidemiológica do PE em obstetrícia e ginecologia no país (DEALMEIDA *et al.*, 2021).

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO), a PE é uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatalem todo o mundo (POON *et al.*, 2019). A insuficiência placentária e o parto prematuro causados por essa

condição costumam ter impacto importante no feto e no recém-nascido, como alta mortalidade perinatal e neonatal (FBAGO, 2017).

Avaliando o impacto da PE no feto, o nascimento neonatal prematuro é uma complicação comum, seja pelo parto natural, seja pela lesão materna - comportamento obstétrico em que o feto interrompe a gestação. O parto prematuro aumentará a morbidade e mortalidade no período perinatal, podendo ter sequelas imediatas ou tardias (MOURA *et al.*, 2011).

Outros resultados neonatais negativos estão relacionados ao PE, como baixo núcleo de APGAR. Se esse escore for inferior a 7, é considerado um escore baixo, o que indica que atenção especial deve ser dada ao RN. A idade gestacional, as deformidades do RN e as condições maternas, como o uso de drogas, têm sido descritas como fatores que podem influenciar o valor obtido no escore (GAIVA *et al.*, 2014). Outro parâmetro relacionado à morbimortalidade neonatal é o baixo peso ao nascer (BPN). Juntamente com a pontuação do APGAR e a necessidade de internação na UTI, é um parâmetro que mede a felicidade e o sucesso do pré-natal, perinatal e do recém-nascido (ZIEGLER, 2011).

A principal causa de morte materna no Brasil é a pré-eclâmpsia, que afeta de 5% a 17% das gestações. Essa patologia tem sido detectada no pré-natal e também é causa de nascimento prematuro de recém-nascidos, sendo uma das principais causas de morte neonatal no Brasil (ALVES *et al.*, 2018). Considerando as possíveis consequências desta patologia, por isso a investigação da PE é extremamente importante (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia ocorrem após 20 semanas de gravidez; até 25% dos casos ocorrerão após o parto, mais comumente nos primeiros 4 dias, mas em alguns casos dentro de 6 semanas após o parto. A pré-eclâmpsia não tratada permanecerá latente por um período de tempo e, de repente, se desenvolverá em eclâmpsia, que ocorre em 1/200 pacientes. A eclâmpsia não tratada é geralmente fatal (MORAES *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, a Enfermagem são um dos profissionais que estão 24 horas atuando diretamente no cuidado assistencial, por isso, compete também a ela a responsabilidade de prestar o melhor cuidado, ter o olhar clínico para observar a evolução do quadro de PE para promover a qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2016).

O objetivo geral do trabalho é discutir sobre a abordagem terapêutica de enfermagem na Toxemia gravídica. Objetivo específico 1: Descrever quadro clínico relacionado a Toxemia gravídica; Objetivo específico 2: Descrever condutas de enfermagem prestadas a gestante com diagnóstico de Toxemia gravídica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL

A gestação é um processo fisiológico, porém alterações com evolução desfavorável durante este período podem ocorrer, tanto para a mãe quanto para o feto. É devido a essa possibilidade que a assistência à saúde da gestante é de extrema importância na identificação precoce dessa evolução desfavorável (SANTOS; CAMPOS; DUARTE, 2014).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em 1990 fortaleceu essa assistência. Entretanto, foi com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o qual visou reduzir a morbimortalidade materno-infantil através da melhoria qualitativa na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, que a assistência à gestante no Brasil se consolidou (LEAL *et al.*, 2018).

O Programa de Pré-Natal e Humanização ao Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1º de junho de 2000 (Decreto nº 569, publicado em 8 de junho de 2000 no Diário Oficial da União, 1ª parte, página 4). A ser pago a mulheres grávidas, recém-nascidos e puérperas. Por meio dessa iniciativa, o Ministério da Saúde se esforça para reduzir a alta incidência de morbimortalidade materna e perinatal e para garantir o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Da mesma forma, busca fortalecer e ampliar as ações do Ministério na área de assistência materna, como o investimento em redes nacionais de atendimento à gestação de alto risco, aumento do custo de procedimentos específicos e outras ações como a formação tradicional de parteiras. O Ministério também financiou cursos profissionalizantes de enfermagem obstétrica e investiu nas unidades hospitalares que fazem parte dessas redes (BRASIL, 2002). Segundo a concepção do plano de humanização do pré-natal e nascimento, a primeira condição para o acompanhamento adequado do parto e puerpério é o direito de humanizar a assistência obstétrica e neonatal. A humanização inclui dois aspectos básicos (BRASIL, 2002).

O primeiro está relacionado à postura ética e solidária do profissional, e se preocupa em que a secretaria de saúde tenha a responsabilidade de receber a mulher, sua família e o recém-nascido de forma digna, reconhecendo que a instituição deve se organizar para criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto às mulheres (BRASIL, 2002).

A segunda é tomar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, e evitar intervenções desnecessárias. Embora essas medidas sejam tradicionalmente realizadas, não são benéficas para mulheres ou recém-nascidos e, muitas vezes, proporcionam maior benefício para ambas as partes (BRASIL, 2002).

A detecção precoce da PE nas consultas de pré-natal, através da aferição correta da pressão arterial sistemática, deve ser incentivada. O cuidado que a equipe de saúde deve ter observando o tamanho da braçadeira, a posição do braço e a calibração do equipamento é importante para o diagnóstico preciso dessa enfermidade prevenível (MOL *et al.*, 2016); (STEEGERS *et al.*, 2016).

2.2 PUERPÉRIO E A IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR

A gravidez é o período em que ocorrem alterações fisiológicas e dinâmicas tanto materna quanto no desenvolvimento fetal (ARMITAGE, 2013). Devido a isso, há a possibilidade do surgimento de doenças infecciosas facilmente identificadas e tratadas através do seguimento pré-natal. Entretanto, a procura pelo atendimento pré-natal não é uma prioridade para muitas gestantes em vulnerabilidade social e, por isso, a doença periodontal (DP) e a pré-eclâmpsia (PE) surgem causando, em muitas ocasiões, complicações preveníveis (LEAL *et al.*, 2018).

A PE é uma desordem hipertensiva, comum em 5-10% das mulheres grávidas, a qual contribui no aumento da morbimortalidade materno-fetal e prematuridade, acometendo gestantes em torno da vigésima semana gestacional. Caracteriza-se pela implantação anormal da placenta, induzindo a insuficiência placentária, o estresse oxidativo, a disfunção endotelial e ativação do sistema de coagulação e inflamatório, afetando diversos órgãos e reduzindo a perfusão por vasoconstrição (HORTON *et al.*, 2010); (SGOLASTRA *et al.*, 2017).

Em resposta a indução inflamatória e oxidativa, há a possibilidade de surgimento da PE, a qual pode ocorrer em gestantes com saúde periodontal precária (BHERING *et al.*, 2021). A má higiene bucal provoca a formação de um biofilme bacteriano na superfície dentária, a qual facilita o surgimento de hiperemia, edema e sangramento gengival. Esse surgimento da DP em gestante com PE ocorre, possivelmente, por via hematogênica, resultando na migração do patógeno oral para região uteroplacentária, já frágil devido à insuficiência placentária (WALTER *et al.*, 2014).

2.3 DIAGNÓSTICO E CONDUTAS

A pré-eclâmpsia é uma complicação da gravidez que ocorre no terceiro trimestre de gestação e é específica da gravidez humana. Ela é secundária a uma disfunção placentária, a qual é responsável pela liberação na circulação materna de diversas substâncias responsáveis por ativação e até lesão do endotélio materno, tendo como consequências hipertensão arterial, nefropatia glomerular e aumento da permeabilidade vascular. Trabalhos recentes têm permitido melhor compreensão da fisiopatologia desta patologia, com a esperança de desenvolver novos instrumentos de detecção e possíveis perspectivas terapêuticas. Este artigo ilustra os mecanismos fisiopatológicos da revascularização uterina defeituosa, da disfunção placentária e da disfunção endotelial que ocorrem no decurso da pré- eclâmpsia (GARCIA *et al.*, 2010).

De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012), a hipertensão que surge após 20 semanas de gestação (ou antes, doença trofoblástica gestacional ou edema fetal), acompanhada de proteinúria, desaparece até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, quando o aumento do estresse é acompanhado por dores de cabeça, distúrbios visuais, dor abdominal, trombocitopenia e elevação das enzimas hepáticas, há suspeita de aumento (BRASIL, 2012).

Segundo Main Line Health System (2019) com base nos sintomas ou na presença de hipertensão (definida como pressão arterial sistólica > 140 mmHg, pressão arterial diastólica > 90 mmHg ou ambas), o diagnóstico de pré-eclâmpsia é recomendado. Exceto em emergências, a pressão alta deve ser registrada pelo menos duas vezes a cada 4 horas. Medir a excreção de proteína na urina em umacoleta de 24 horas (FREITAS *et al.*, 2020).

Proteinúria é definida como > 300 mg / 24 horas. Ou, diagnostique a proteinúria com base em uma razão proteína / creatinina $\geq 0,3$ ou uma leitura da tira teste de 1+; o teste da tira deve ser usado apenas quando outros métodos quantitativos não estiverem disponíveis. A ausência de proteinúria em testes menos precisos (como teste de urina) não exclui a pré-eclâmpsia (BARRA *et al.*, 2012).

Ainda segundo Main Line Health System (2019) na ausência de proteinúria, a pré-eclâmpsia também é diagnosticada se gestantes têm hipertensão de início recente, além de qualquer um dos seguintes de início recente: Trombocitopenia (plaquetas < 100.000 /mcL); Insuficiência renal (creatinina $> 1,1$ mg/dL ou duplicação da creatinina no soro em mulheres sem doença renal); Função hepática comprometida (aminotransferases > 2 vezes o valor normal); Edema pulmonar e sintomas cerebrais ou visuais (GOMES *et al.*, 2019). A expansão do volume plasmático é pequena ou inexistente, o hematócrito

umenta, o fluxo plasmático renal diminui e o sistema de coagulação muda. O fluxo da placenta uterina é reduzido, levando à insuficiência placentária. A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento de hipertensão, proteinúria ou edema; ocorre após 20 semanas de gravidez e é principalmente uma patologia da primípara. Fatores de suscetibilidade também são mulheres grávidas que sofrem de hipertensão, diabetes, doenças autoimunes, doença do parênquima renal e aumento da massa placentária, como gravidez múltipla, gravidez molar (KAHHALE *et al.*, 2018).

O tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia é o parto. No entanto, o risco de parto prematuro foi comparado com a idade gestacional, gravidade da pré-eclâmpsia e resposta a outros tratamentos. Normalmente, dar à luz imediatamente após a mãe estar estável (por exemplo, controlar convulsões, começar a controlar a pressão arterial) é adequado para as seguintes situações (NORANHA *et al.*, 2010).

A Gestação de ≥ 37 semanas e se a gravidez for ≥ 34 semanas, existem características graves de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, deterioração da função renal, pulmonar, cardíaca ou hepática (por exemplo, síndrome HELLP) em relação aos resultados do monitoramento ou teste fetal. Outros tratamentos visam otimizar a saúde materna, o que geralmente otimiza a saúde fetal. Se o parto pode ser adiado com segurança em menos de 34 semanas de gravidez, os esteróides são administrados por 48 horas para acelerar a maturação pulmonar fetal. A maioria dos pacientes é hospitalizada. Pacientes com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia severa geralmente são admitidos em uma unidade de cuidado materno especial ou unidade de terapia intensiva (LINHARES *et al.*, 2014).

Segundo Protocolo de Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia recomendado para Propedêutica Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia, Hemograma com plaquetas, Pesquisa de esquizócitos em sangue periférico, Proteinúria 24h/RPC, Ácido úrico, Ureia e creatinina, Bilirrubinas e frações, AST, ALT, DHL, Fibrinogênio, Diagnóstico do bem-estar fetal, Ecografia - rastrear crescimento fetal restrito, Cardiotocografia, Volume do líquido amniótico, Dopplervelocimetria (PERES *et al.*, 2018).

Devido à falta de compreensão de sua etiologia, a pré-eclâmpsia não pode ser prevenida, a aspirina em baixas doses podem ser usada em casos de alto risco. Uma vez diagnosticado, o objetivo do tratamento é prevenir complicações materno-fetais, como descolamento prematuro da placenta, acidente vascular cerebral, edema pulmonar agudo e insuficiência renal, bem como deterioração clínica de pré-eclâmpsia grave, síndrome hellp e eclâmpsia; lado fetal, parto prematuro e dificuldade respiratória neonatal (KAHHALE *et al.*, 2018).

3 METODOLOGIA

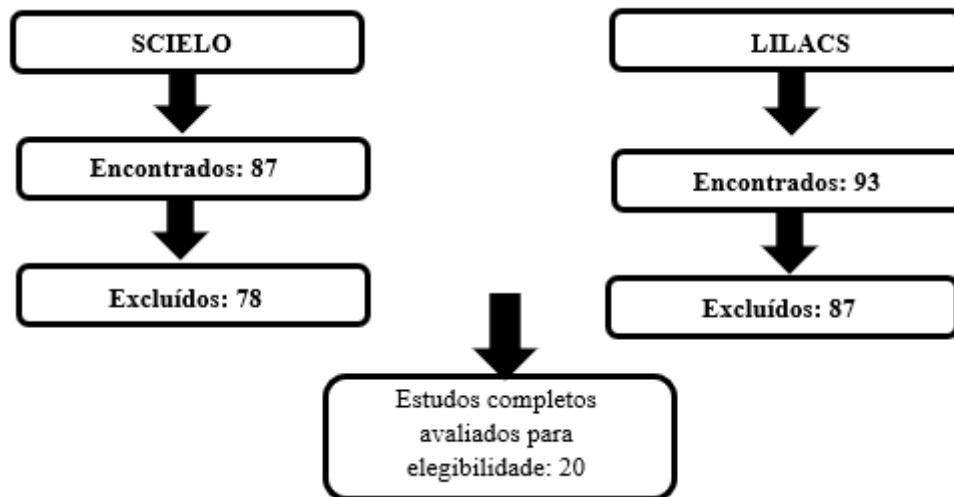
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura do tipo revisão bibliográfica baseada em dados secundários proveniente de bibliotecas virtuais. As revisões integrativas propõem análise de pesquisa relevantes que dão suporte para tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, buscando a compreensão do objeto de estudo. Tendo como principais características: descrever, compreender e explicar determinados fenômenos (SOARES *et al.*, 2014).

Foram acessadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e outros por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), uma vez que esta permite busca simultânea nas principais fontes nacionais e internacionais.

A busca será feita com as palavras “Hipertensão (português/inglês)”, “Gestação” “Pré-eclâmpsia” “assistência de enfermagem”, a fim de capturar somente informações relacionados com o tema da pesquisa. Foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: artigos científicos completos, sendo eles originais, revisões narrativas e sistemáticas, relatos de experiência, ensaios teóricos e reflexões publicados nos idiomas: Inglês, espanhol português, acerca da assistência de enfermagem ao paciente com pré-eclâmpsia. Foram utilizados os seguintes critérios de inelegibilidade: Publicações classificadas como crônicas, cartas, resenhas, editoriais; livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos, estudos duplicados, artigos incompletos e indisponíveis online.

Leitura exploratória de todo material selecionado (leitura breve); Leitura seletiva (leitura aprofundada com determinação do material); Leitura analítica (ordenar e resumir as informações contidas nas fontes); Leitura interpretativa (registro das informações extraídas das fontes - autor, ano, método, resultados e conclusões).

Figura 1- Fluxograma das buscas nas bases de dados



4 RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 QUADRO CLÍNICO RELACIONADO A TOXEMIA GRAVÍDICA

No estudo realizado por Lima *et al.* (2019) e Sarmento *et al.* (2020), evidenciaram que a principal função do enfermeiro é a de prevenir ou reduzir os fatores de risco de toxemia gravídica, por meio do pré-natal, por exemplo, nos cuidados pré-natais básicos nas consultas de enfermagem e melhorando a relação de confiança da família entre as mulheres grávidas e os profissionais de enfermagem, além de fornecer cuidados especiais para mulheres que sofrem de pré-eclâmpsia e / ou eclâmpsia, compreender um exame físico completo; identificar os primeiros sinais de pré-eclâmpsia / eclâmpsia; monitorar exames laboratoriais; avaliação fetal; treinamento profissional, incluindo a necessidade de educação continuada; padronização de cuidados com o uso de equipamentos; medição usando um manguito adequado para circunferência do braço Pressão arterial; deflação lenta; necessidade de estabelecer tecnologia de medição de pressão arterial; identificar e tratar crises hipertensivas precocemente por meio de protocolos e padrões atuais (BARROS, 2017).

Ainda de acordo com Kahhale (2018) e Fox *et al.*, (2019) com base nisso, a atuação da equipe de enfermagem colabora com a prevenção ou intervenção dos casos de toxemia gravídica porque atuam desde os primeiros exames durante o pré-natal. Além de acompanhar o estágio da gravidez também pode contribuir com recomendações para a paciente, estas por sua vez pode intervir em situações que possam propiciar o surgimento da hipertensão ou situações que conduzam a grávida a uma pré-eclâmpsia. Porque a pré-

eclâmpsia pode trazer complicações para a gravidez da paciente, complicando o seu quadro clínico, a presença da hipertensão se manifesta com a patogênese da pré-eclâmpsia, podendo apresentar remodelamento inadequado das artérias espiraladas, causando uma resistência ao fluxo sanguíneo placentário e hipoperfusão da placenta. Nesse sentido, compreende-se que a hipertensão é um fator importante na pré-eclâmpsia, principalmente quando aparece com a proteinúria, visto que esta última é definida como a excreção de 0,3g ou mais de proteína em urina de 24 horas e pode representar o aumento da mortalidade perinatal (KAHHALE et al., 2018).

Segundo Hutcheon et al., (2018) e Meryl et al., (2020), o quadro clínico de toxemia gravídica esteve relacionada ao ganho de peso, visto que essa foi uma das características apontadas em mulheres com pré-eclâmpsia com ganho de 1,5 kg, com a pesquisa levantada constatou-se que o ganho de peso foi direcionando o quadro clínico das pacientes para uma pré-eclâmpsia e o risco mais associado às mulheres mais magras. O ganho de peso das pacientes começou a divergir na 25 semana e continuam divergindo até o parto. Com o decorrer da gravidez, a má placentação pode dar abertura para uma pré-eclâmpsia precoce. Com isso, a desregulação de IL-10 está associada ao surgimento de pré-eclâmpsia, a falta dessa citocina vai aumentando o quadro de anormalidade na placenta da grávida, ocasionando uma inflamação sistêmica e disfunção vascular. Ocorre também um desequilíbrio imunológico que acaba favorecendo a resposta Th1, com a redução da citocina com base nisso, pode-se afirmar que existem fatores intrínsecos e extrínsecos que colaboram para o aparecimento da pré-eclâmpsia. Como fatores intrínsecos na gestação com maior massa placentária, distensão uterina, gravidez ectópica avançada, primípara (FUSTIONI, 2016).

Conforme o estudo realizado por Ives et al.,(2020), o quadro clínico da doença se inicia com uma invasão anormal do trofoblasto de forma precoce antes até mesmo da própria mulher saber que está grávida e de forma antecedente aos primeiros sintomas da doença. Os trofoblastos invadem o endométrio colaborando para que resulte no aumento do fluxo sanguíneo que vai para a placenta. Contudo, na pré- eclâmpsia os trofoblastos fazem com que ocorra a remodelação incompleta da arteriaespiral. Essa característica compromete o percurso sanguíneo que vai para a placenta.

Com isso, compreende-se que a pré-eclâmpsia tem como melhor forma de ser tratada na hora do parto porque é nesse momento que serão manifestados todas as problemáticas voltadas para o surgimento da doença, visto em alguns estudos os sintomas dessa condição ainda são insidiosos, pois muitas vezes, somente aparecem durante

trabalho de parto. O pré-natal auxilia a prevenir essas complicações, uma vez que o Enfermeiro atua fortemente em ações de prevenção.

4.2 CONDUTAS DE ENFERMAGEM PRESTADAS A GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE TOXEMIA GRAVÍDICA

De acordo com Lima et. al. e Sampaio et. al. (2019) Se ilva et. al. e Gehrcke et. al. (2021), citam que o enfermeiro deve avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia controlar os líquidos eletrólitos, manter vias aéreas permeáveis, monitorar temperatura e frequência respiratória, sinais e sintomas de infecção como eliminação urinária prejudicada relacionada a alterações fisiológicas da gravidez e complicações da DHEG. Assim tendo como cuidados com a sonda urinária e o controle do ambiente para o conforto da gestante (regulação termica, modulação de ruídos e adequação do leito) evitando estímulos irritativos à gestante, além do suporte emocional para estas mulheres. Citam que o enfermeiro como profissional habilitado para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual e atenção ao parto e puerpério, precisa estar preparado para reconhecer e encaminhar adequadamente a gestante para acompanhamento em serviço de pré-natal especializado. A enfermagem deve informar a paciente sobre cirurgia e estar preparada para receber e orientar essas gestantes, visando ações humanizadas e individualizadas que contribuam na manutenção de saúde do binômio mãe-filho, estabelecendo assistência de qualidade com seu melhor instrumento de trabalho, o cuidado.

Araújo et. al., e Santana et. al.,(2021), citam que a primeira técnica que deve ser padronizada é aferição da PA é importante para um prognóstico correto, devendo ser realizada de forma adequada para evitar falso negativo ou falso positivo. Monitorização e observação da importância de medidas adotadas, essas condutas ajudam a minimizar os níveis de ansiedade e o medo da gestante, Se a paciente evolui para a gravidade, estudos evidenciam cuidados como: mudança de decúbito para lateral esquerdo, oxigenioterapia, acesso venoso, prevenção de infecções e agravos, preparo e administração de medicamentos como adm. correta do sulfato de Magnésio conforme prescrição médica, de acordo com o valor da pressão arterial, instalação de uma Cânula de Guedel.

Sampaio *et al.* (2016) e Ferreira *et al.* (2021), afirmam que o profissional de enfermagem é o mais qualificado para explicar todos os procedimentos que forneça informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico e estimule os familiares a acompanharem o paciente, o que é essencial para melhor cuidado à parturiente, pois para

oferecer esse cuidado à grávida, dentre os profissionais que detém a formação voltada para essa assistência os de enfermagem, que tem como objetivo profissional o cuidado. Considera-se que a assistência de enfermagem oferece a possibilidade de fazer coisas que as pessoas não podem fazer por si mesmas, ensinando, bem como supervisionando estas pacientes e encaminhando-as para outros profissionais, por isso sua atuação na prevenção da pré-eclâmpsia pode obter resultados eficientes, se esse profissional estiver preparado para situações graves que a paciente possa apresentar, como caso grave em que o enfermeiro precisa estar em comunicação com sua equipe de enfermagem para manter a paciente estável e como o mínimo de repercussões associadas (LEITE; GASQUEZ; BERTONCINI, 2019).

No estudo realizado por Gehrcke, Gaedke e Lima (2018), evidenciaram que o diagnóstico realizado que a atuação do enfermeiro além de estar relacionada aos cuidados com a paciente, também está diretamente ligada às informações que a paciente obtém sobre seu estado de saúde, bem como sua evolução clínica e suas predisposições podem estar colaborando para uma pré-eclâmpsia, bem como a relação entre esta e o parto cesariano, discutindo com a paciente sobre suas dúvidas, ansiedades, receios e possíveis precauções que tanto a paciente quanto a sua família possam ter sobre o que está acontecendo com o parto da paciente. A orientação também está relacionada com os cuidados que o enfermeiro precisa ter com o paciente, durante a intervenção ou para prevenir possam obter bons resultados na saúde da grávida e de seu feto, por isso o enfermeiro vai estar aferindo a pressão arterial, realizando o monitoramento do débito urinário e constantemente avaliando todos os sintomas que podem estar sinalizando uma possível gravidade pré-eclâmpsia (THEODORO et al., 2016).

Em outro estudo parecido Aguiar et al., (2010) elaboraram uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde foi possível identificar 11 diagnósticos de enfermagem com pacientes com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). O diagnóstico de enfermagem foi fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados com as pacientes que apresentavam taxonomia. Com isso, o enfermeiro tendo conhecimento dos sintomas que a paciente vem apresentando, diagnosticando características que conduzem a hipertensão gestacional e seus respectivos riscos na gravidez, pode desenvolver ou implementar uma sistematização de enfermagem voltada para as pacientes. Entende-se que conhecer a paciente facilita bastante ao diagnóstico de enfermagem, visto que informações como questões sócio-econômicas da gestante, constituição física, idade materna e sua raça também fazem parte de um conjunto de

características que podem estar relacionadas com o perfil de predisposição à hipertensão gestacional, por isso o diálogo com a paciente e ouvir traz resultados positivos para a prevenção ou a intervenção necessária (NEME, 2006).

Por isso, conhecer a paciente se torna uma forma facilitadora de assisti-la. Saber como é a vida socioeconômica e realizar perguntas que possam conduzir ao entendimento sobre o estado real da paciente colabora para um diagnóstico de enfermagem mais assertivo, que envolva conduzir a paciente para o atendimento adequado, pois o acolhimento, o esclarecimento de dúvidas e o estabelecimento de vínculo com os enfermeiros. A atenção humanizada é necessária como meio de resgate ao respeito no atendimento à gestante, assim, é importante que prestar cuidado humanizado seja uma finalidade de toda a equipe de enfermagem, assim o enfermeiro precisa realizar consulta de pré-natal humanizada e qualificada. A consulta de pré-natal qualificada deve seguir um roteiro básico, com atendimento aos aspectos sociais, epidemiológicos, antecedentes pessoais, ginecológico, sexuais e obstétricos e dados sobre a gestação atual. (DIAS, 2018).

No estudo de Araujo et al., (2021), constataram que a enfermagem é indispensável para os cuidados, assistência e orientação de grávidas, principalmente pois no pré-natal a equipe de atenção básica composta por enfermeiros permite com que ocorra o rastreio precoce para pré-eclâmpsia possibilitando assim uma detecção de características voltadas para o surgimento de toxemia gravídica. Dentro dessa vertente, a atuação do enfermeiro e sua conduta perante as possibilidades do desenvolvimento de toxemia gravídica colaboram para que as complicações sejam minimizadas e possa reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal verificadas (SILVA et al., 2017).

Dessa maneira, o enfermeiro ao orientar e aplicar ações preventivas no período pré-natal permite com que os riscos sejam minimizados de forma precoce, preservando tanto a saúde da mãe quanto do bebê, dessa forma, as ações mais efetivas são as solicitações de exames para verificação de riscos que a mãe ou bebê podem ter durante o período da gestação, por exemplo: registros das consultas na caderneta da gestante é uma ação importante para a assistência ao pré-natal nos serviços de saúde, para que o cuidado seja contínuo, com completo histórico da gestação, e assistência ao parto, promovendo a melhor tomada de decisão em situações adversas (SANTOS, 2020). Compreende-se que as ações humanizadas voltadas para a saúde da mulher, como orientações e intervenções, evitam agravamentos na gravidez ou no parto transformam a assistência em enfermagem como algo que colabora com a prevenção à vida tanto da mãe

quanto do filho, principalmente em casos de pré- eclâmpsia ou eclâmpsia (OLIVEIRA et al.,2016).

Na pesquisa realizada por Nunes *et al.* (2020), evidenciou-se que a enfermagem se configura como uma ciência para promover, proteger, prevenir, recuperar e restaurar a saúde. Utiliza fundamentos científicos para construir sua prática em postura crítica e reflexiva, busca suporte em suas próprias ferramentas (conhecimentos, linguagem, métodos, agentes e projetos terapêuticos), que lhes possibilitem adotar modelos de enfermagem e aplicar teorias para melhorar seu tratamento. Compreende-se que as ações humanizadas voltadas para a saúde da mulher, como orientações e intervenções, evitam agravamentos na gravidez ou no parto transformam a assistência em enfermagem como algo que colabora com a prevenção à vida tanto da mãe quanto do filho, principalmente em casos de pré- eclâmpsia ou eclâmpsia (OLIVEIRA et al.,2016).

Pode-se afirmar que a equipe de enfermagem atua para preservar a saúde da mulher desde o momento do pré-natal até o momento do parto ou pós-parto e que por isso, a sua conduta precisa estar pautada nos cuidados que o paciente precisa ter para evitar agravamentos durante a sua própria gravidez. Durante as internações, os enfermeiros atuam nos cuidados diários que fazem diferença no tratamento.

Ainda de acordo com Kahhale et al., (2018), alguns exames precisam ser monitorados: hemograma completo com contagem de plaquetas, uréia e creatinina, ácido úrico, urina tipo 1, perfil hematológico, bem como das enzimas hepáticas. No momento do parto é que pode-se aplicar o tratamento, não devendo ser o mais indicado. Em casos de ser necessário interromper a gestação, vai ser necessário o tratamento com corticóides para fazer com que acelere a maturidade dos pulmões do feto, uso de anti-hipertensivos, uso de sulfato de magnésio para prevenir que a grávida tenha convulsões e repouso materno, por isso é necessário que seja realizado o rastreamento com até 24 semanas, como resultados podem aparecer um fluxo de alta resistência, com incisuras protodiastólicas persistentes além de 23 semanas e/ou índice de pulsatilidade alterado (acima do percentil 95 para esta idade gestacional), estes resultados, por sua vez, identificam um alto risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia (GONÇALVES, 2020).

No estudo realizado por Amorim *et al.* (2017) e Santana et al.,(2019) evidenciaram que o enfermeiro é responsável pelo diálogo e trocas com a mãe e seu companheiro sobre as mudanças vivenciadas nesse período, proporcionando-lhes espaço para esclarecer dúvidas e expressar seus sentimentos, ideias pré-concebidas sobre a

situação e inquietações, de forma a promover muito obtenha uma boa compreensão do seu tratamento e antes de se estabilizar e receber alta. A atuação do enfermeiro e sua conduta em momentos de monitoramento como os cuidados voltados para as doses medicamentosas ou aferição dos sinais vitais, mais precisamente a pressão arterial, que são um dos cuidados mais implementados durante as intercorrências com casos de toxemia gravídica. No entanto, o estudo traz à luz uma fragilidade voltada para o monitoramento tanto da mãe quanto do filho, visto que nesses casos de complicação a maioria dos casos apresentados priorizam mais a mãe (SILVA, 2017)

Outro estudo semelhante, realizado por Wantsin et al., (2017), evidenciou a conduta de enfermeiros no tratamento da pré-eclâmpsia com o uso de sulfato de magnésio que, por sua vez, ajuda na prevenção de convulsões eclâmpticas. Com base nisso, Ferreira et al., (2016), afirma que os cuidados de enfermagem na eclâmpsia ou pré-eclâmpsia consiste o comprometimento do profissional em verificar as decorrências para que o tratamento seja eficaz e sem problemas. Para isso, os enfermeiros precisam realizar exame físico criterioso, identificação precoce de sinais de pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, acompanhamento de exames laboratoriais, verificação da avaliação fetal, treinamentos voltados para assistir as grávidas e parturientes, aferição da PA. A prevenção da eclâmpsia se faz através do diagnóstico precoce da DHEG e da identificação dos sinais premonitórios da crise convulsiva. É dever da equipe de enfermagem garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde (BARROS, 2017).

Os cuidados de enfermagem com as pacientes permitem com que seja verificados problemas antes mesmo deles surgirem de fato. A aferição da pressão arterial de forma contínua faz com que medidas e decisões possam ser tomadas para evitar outros problemas decorrentes da pré-eclâmpsia. Por isso, Silva e Guimarães et al., (2016) afirma que o melhor tratamento contra a toxemia gravídica é ainda o pré-natal pois é nesse período que o enfermeiro realiza o atendimento com o intuito de identificar quando a mulher possui uma probabilidade de desenvolver hipertensão gestacional, bem como pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, visto que se faz necessário que as grávidas mantenham visitas pelo menos a cada duas semanas para verificar como está a saúde fetal e da gravidez em si além de oferecer a suplementação de cálcio é muito importante, pois o sulfato de magnésio deve ser incluído no cuidado da assistência de enfermagem como a melhor opção de prevenção e tratamento, sendo recomendado o uso em pacientes com pré-eclâmpsia (CUNHA, 2021).

Portanto, os riscos de pré-eclâmpsia quando diagnosticada são altos, a equipe de enfermeiros atua dentro do quadro clínico do paciente no sentido de intervir e reverter a situação buscando a saúde de ambos, mãe e recém-nascido, por isso que desde cedo a grávida precisa passar por um acompanhamento assíduo no pré-natal para que seja elaboradas intervenções que possam apresentar resultado favorável na gestação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do estudo verificou-se que a toxemia gravídica é um fator decisivo em vários problemas durante a gravidez, o que traz dificuldades para mães e bebês. Vale ressaltar que no exame pré-natal inicial pode-se constatar a forma precoce de eventuais alterações dos sinais clínicos, para que se inicie o tratamento adequado para prevenir a ocorrência de eclâmpsia, diagnosticando e reduzindo as consequências da toxemia, a fim de maximizar para reduzir a alta mortalidade de gestantes e o período perinatal, ações de saúde devem ser consideradas e atenção deve ser dada à qualidade da assistência prestada por meio do pré-natal humanizado.

Desde os cuidados primários e pré-natais ao parto em ambiente hospitalar, os enfermeiros são essenciais para alcançar as mulheres grávidas com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Podendo intervir ações com base na capacidade de prestar um atendimento de qualidade e humanizado.

Cabe ao enfermeiro orientar sobre os cuidados relacionados à doença e assim promover uma gravidez saudável, que favorece um parto tranquilo. Apesar de décadas de pesquisa, a hipertensão na gravidez permanece um mistério. O papel da enfermagem na gravidez, a primeira descoberta da toxemia gravídica e o conhecimento da gestante sobre a correlação com os sinais e sintomas atuais têm grandes atribuições. Mesmo assim, o suporte a esses pacientes é significativo e vital, pois é nesse grupo que ocorre a maior morbimortalidade materno-infantil.

Portanto, a assistência a gestantes de alto risco requer preparação e treinamento para facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfermagem em caso de emergências ou complicações durante a gravidez. Os profissionais de enfermagem atuam em vários departamentos de saúde, principalmente no processo de análise e exame, o que auxilia na determinação do diagnóstico. No entanto, as atividades de aconselhamento e enfermagem para mulheres grávidas devem ser combinadas com uma boa consulta médica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Isis Freire de et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista Rene**, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.

ALVES, Jakeline Barbara et al. Sepsis neonatal: mortalidade em município do sul do Brasil, 2000 A 2013. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 132-140, 2018.

ALMEIDA, WyrnaSchwenck et al. Avaliação dos resultados neonatais e fatores associados em gestantes com pré-eclâmpsia grave: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5799-e5799, 2021.

AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.

ARAÚJO, Hirla Vanessa Soares et al. Assistência de enfermagem a mulheres acometidas por eclampsia e pré-eclâmpsia: revisão integrativa. **SaúdeColetiva**, v. 11, n. 67, p. 6729-6742, 2021.

ARMITAGE, Gary C. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. **Periodontology 2000**, v. 61, n. 1, p. 160-176, 2013.

BACELAR, Letícia França Fiuza et al. Estudo de caso clínico: assistência de enfermagem preventiva a puérpera com múltiplas ocorrências de pré-eclâmpsia. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, 2020.

BAETA, Kelly Adriani Dos Santos et al. Assistência de enfermagem a pacientes portadoras da toxemia gravídica: educação em saúde. **In: 13º Congresso Internacional Rede Unida**. 2018.

BARRA, Sérgio et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Área Técnica Saúde da Mulher, Brasília 2002

BHERING, Natália Bianca Vales et al. A Síndrome Semelhante a Pré-eclâmpsia induzida pela COVID-19: Uma Revisão da Literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4493-4507, 2021.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

FERREIRA, Jessica Saturnino et al. Assistência de enfermagem na prevenção das complicações decorrentes da síndrome hipertensiva específica da gestação. **Cadernode Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 6, n. 3, p. 95- 95, 2021.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem**

da USP, v. 50, p. 0324-0334, 2016.

FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha et al. Mortalidade infantil em uma capital do norte do Brasil: estudo de série temporal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4981-e4981, 2020.

FOX, R.; KITT, J.; LEESON, P. ; AYE, C.Y.; LEWANDOWSKI, A.J. Pré-eclâmpsia: fatores de risco, diagnóstico, tratamento e o impacto cardiovascular na prole. **J.Clin. Med.** V.8, n.10, p.1-22. 2019. Disponível em:< <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1625/htm>>. Acesso em 05 mar 2022.

FUSTINONI, Suzete. Síndromes hipertensivas na gravidez. In. BARROS, Sonia Maria Oliveira. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Editora Manole, Barueri SP, p. 65-75, 2016.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz et al. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 778-786, 2014.

GARCIA, Sidney Logrosa et al. **Fisiopatologia da pré-eclâmpsia**. RBM rev. bras. med, 2010.

GEHRCKE, Fabiana da Silva et al. Assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia: um relato de experiência. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 111, 2018.

GOMES, Maria Luziene de Sousa et al. Avaliação de aplicativos móveis para promoção da saúde de gestantes com pré-eclâmpsia. **Acta Paulista de Enfermagem**,v. 32, p. 275-281, 2019.

HORTON, Amanda L. et al. Periodontal disease, oxidative stress, and risk for preeclampsia. **Journal of Periodontology**, v. 81, n. 2, p. 199-204, 2010.

IVES, C. W. ; SINKEY, R.; RAJAPREYAR, I.; ALAN, T.N.; OPARIL, S. Preeclampsia – Pathophysiology and Clinical Presentations. **JACC**. V. 76, n.14, p.1690-1702, 2020.

KAHHALE, Soubhi et al. Pré-eclâmpsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226- 234, 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915- 1928, 2018.

LEITE, V.C.; GASQUEZ, A.S.; BERTONCIM, K.R. Stratification of risk in persons in prenat. **Rev. Uningá**, v.56, n.2, 2019.

LIMA, Clícia Aparecida et al. Intervenção do enfermeiro nos fatores de risco da toxemia gravídica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v.1, n.4, p.50-54, 2019.

LINHARES, José Juvenal et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-

eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 259-263, 2014.

MERYL, C.N.; HAJRUNISA, C.; MCCORMICK, D.J.; GAROVIC, V. NATASA, M.M.

Mulheres com pré-eclâmpsia têm valores circulantes de IL-10 (interleucina-10) diminuídos no momento do diagnóstico de pré-eclâmpsia. 2020. Disponível em:<<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15870>>. Acesso em 05 mar 2022.

MOL, Ben WJ et al. Pre-eclampsia. **The Lancet**, v. 387, n. 10022, p. 999-1011, 2016.

MORAES, Alice Dayenne et al. Manejo da pressão arterial e terapia anticonvulsivante na pré-eclâmpsia grave. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 32, p. 269-280, 2020.

MOURA, Marta David Rocha de et al. Hipertensão Arterial na Gestação-importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, p. [113-120], 2011.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2006.

NORONHA NETO, Carlos et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, p. 459-468, 2010.

NUNES, Francisca Josiane Barros Pereira et al. Cuidado clínico de enfermagem a gestante com pré-eclâmpsia: Estudo reflexivo. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10483-10493, 2020.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de et al. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, p. 113-120, 2016.

OLIVEIRA, K.K.P.A.; ANDRADE, S.S.C.; SILVA, F.M.C.S.; MENESES, L.B.A.; LEITE, K.N.S.; OLIVEIRA, S.H.S. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.10, n.4, maio, 2016.

PERES, Gonçalo Miguel et al. Pre-eclampsia and eclampsia: an update on the pharmacological treatment applied in Portugal. **Journal of cardiovascular development and disease**, v. 5, n. 1, p. 3, 2018.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1999-2010, 2014.

SAMPAIO, Tainara Amanda Feitosa et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 2, n. 1, p. 36-45, 2013.

SANTANA, Rosane et al. Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo**

Saúde, v. 11, n. 15, p. e1425-e1425, 2019.

SANTOS, Dialla Tâmara Alves; CAMPOS, Carla Santana Mariano; DUARTE, Maria Luisa. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13-22, 2014.

SARMENTO, Rayani et al. Pré-eclâmpsia na gestação: ênfase na assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, 2020.

SGOLASTRA, Fabio et al. Synergistic mortality between a neonicotinoid insecticide and an ergosterol-biosynthesis-inhibiting fungicide in three bee species. **Pest Management Science**, v. 73, n. 6, p. 1236-1243, 2017.

SILVA, Edivania Cristina et al. Atuação do enfermeiro na prevenção das síndromes hipertensivas na gestação no âmbito da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6448-e6448, 2021.

SILVA, Samyla Carla Nóbrega et al. Manejo de pré-eclâmpsia grave no puerpério: validação de cenário para simulação clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

SILVA, S.N.; SANTOS, M.A.P.; CAMPOS, N.P.S.; SOUZA, C.S.; GONZAGA, M.N.; PEREIRA, R.S.F.; SOARES, A.P. A importância do pré-natal na prevenção da toxemia gravídica e o papel do enfermeiro. **Revista Saúde em Foco**, Edição 9, 2017.

SILVA, Silvanira do Nascimento et al. A importância do pré-natal na prevenção da toxicemia gravídica e o papel do enfermeiro. **Rev Saúde Foco**, v. 9, p. 16, 2017.

STEEGERS, Eric AP et al. Pre-eclâmpsia. **The Lancet**, v. 376, n. 9741, p. 631-644, 2010.
WALTER, Luis Reinaldo de F. et al. **Manual de odontologia para bebês**. Artes Médicas Editora, 2016.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

WANTSIN, Rosemilda Martins Correia et al. Pré-eclâmpsia: fisiopatologia, tratamento e cuidados de enfermagem. **Anais da XIV SEFIC Unilasalle - Ciência e Tecnologia**, 2017.

THEODORO, M.; CHECHETTO, F.H.; MARIOT, M.D.M. Assistência de enfermagem com gestane com pré-eclâmpsia: um revisão bibliográfica. **Rev. Cuidado em enfermagem – CESUCA**, v.2, n.3, nov, 2016.

ZIEGLER, Ekhard E. Meeting the nutritional needs of the low-birth-weight infant. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 58, n. Suppl. 1, p. 8-18, 2011.

APÊNDICE

Tabela de dados coletados

| AUTOR | TÍTULO | ANO | BASE DEDADOS | IDIOMA | RESULTADOS |
|---|--|------|--------------|----------------|--|
| 1 LIMA, Clícia Aparecida et al | Intervenção do enfermeiro nos fatores de risco da toxemia gravídica | 2019 | Scielo | Português(II) | <p>Intervenções de enfermagem: avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, controlar os líquidos eletrólitos, manter vias aéreas permeáveis, monitorar temperatura e frequência respiratória, sinais e sintomas de infecção. como eliminação urinária prejudicada relacionada a alterações fisiológicas da gravidez e complicações da (DHEG). Intervenções: investigar se existem fatores contribuindo para a dificuldade de eliminação urinária, monitorar balanço hídrico, privação do sono relacionada à ansiedade, mudança de ambiente, desconforto físico. auxiliar o paciente no controle do sono diurno, discutir com o paciente/familiar as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida. Ensinar à paciente técnica de relaxamento, observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor, desconforto).</p> |
| 2 SAMPAIO, Tainara Amanda Feitosa et al | Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. | 2013 | BVS | Português (II) | <p>Dentre os cuidados de enfermagem, podemos citar a administração de analgésicos e o controle da dor, referida à cefaleia, à região epigástrica, ao hipocôndrio direito e em baixo-ventre. um dos principais cuidados descritos foi o controle de infecção, que neste aspecto acaba sendo a proteção contra a mesma, como cuidados com a sonda urinária e o controle do ambiente para o conforto da gestante (regulação térmica, modulação de ruídos e adequação do leito), evitando estímulos irritativos à gestante, além do suporte emocional para estas mulheres. Do mesmo modo, cuidados como a aferição da pressão arterial quatro vezes ao dia, repouso no leito, avaliação de proteinúria, orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais e observação dos sinais e sintomas da síndrome hipertensiva gestacional/pré-</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | eclâmpsia devem ser realizados pelos profissionais de enfermagem com a finalidade de acompanhar estas mulheres de forma mais efetiva. |
|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|------|--------|----------------|--|
| 3 | SILVA, SamylaCarla Nóbrega et al | Manejo de pré-eclâmpsia grave no puerpério: validação de cenário para simulação clínica | 2021 | Scielo | Português (II) | O puerpério representa um período delicado que requer muita atenção da equipe de saúde que assiste essas mães, pois ainda pode ocorrer agravamento da hipertensão, crises convulsivas e outras alterações clínicas como problemas de coagulação. Devido aos impactos à saúde materno-infantil e complexidade desta patologia, é necessária a disponibilidade de profissionais preparados para o manejo adequado em todos os níveis de atenção. O enfermeiro, como profissional habilitado para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual e atenção ao parto e puerpério, precisa estar preparado para reconhecer e encaminhar adequadamente a gestante para acompanhamento em serviço de pré-natal especializado. No parto e puerpério, o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, planeja e conduz a assistência de enfermagem para manter o paciente estável e com o mínimo de repercussões associadas. A simulação tem por objetivo substituir ou ampliar experiências reais, apresentando-se como uma tentativa de reproduzir os aspectos essenciais de um cenário clínico para que, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto real, a situação possa ser gerenciada pela equipe com sucesso. |
| 4 | GEHRCKE, Fabiana da Silva et al | Assistência de enfermagem na pré-eclâmpsia: um relato de experiência | 2018 | BVS | Português (II) | Intervenções de enfermagem relacionadas a realização da cesariana como orientar quanto as razões para a cirurgia, neste caso, a pré-eclâmpsia, discutir os sentimentos, dúvidas e preocupações que a paciente e família tenha sobre a cirurgia, dar informações sobre os eventos que ocorrem e as sensações que a paciente pode ter durante o procedimento. A enfermagem deve estar preparada para receber e orientar essas gestantes, agindo de forma acolhedora, visando ações humanizadas e individualizadas que contribuam na manutenção de saúde do binômio mãe-filho, estabelecendo assistência de qualidade com o seu melhor instrumento de trabalho, o cuidado. |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------|--------|----------------|--|
| 5 | AGUIAR, MariaÍsis Freire de et al | Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação | 2010 | Scielo | Português (II) | Dentre as intervenções de enfermagem propostas pela NIC, foram elencadas como principais cuidados na gravidez de alto risco, controle de infecção, proteção contra infecção, cuidados com sondas: urinária e controlado ambiente: conforto. Em relação ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda, as intervenções consideradas mais adequadas às gestantes foram: administração de analgésicos e controle da dor. |
| 6 | ARAÚJO, Hirla Vanessa Soares et al. | Assistência de enfermagem a mulheres acometidas por eclampsia e pré-eclâmpsia: revisão integrativa | 2021 | Scielo | Português (II) | A primeira técnica que deve ser padronizada é aferição da PA é importante para um prognóstico correto, devendo ser realizada de forma adequada para evitar falso negativo ou falso positivo. Monitorização e observação da importância de medidas adotadas, essas condutas ajudam a minimizar os níveis de ansiedade e o medo da gestante, Se a paciente evolui para a gravidade, estudos evidenciam cuidados como: mudança de decúbito para lateral esquerdo, oxigenioterapia, acesso venoso, prevenção de infecções e agravos, preparo e administração de medicamentos como adm. correta do sulfato de Magnésio conforme prescrição médica, de acordo com o valor da pressão arterial, instalação de uma Cânula de Guedel. |
| 7 | BACELAR, Letícia França Fiuza et al. | Estudo de caso clínico: assistência de enfermagem preventiva a puérpera com múltiplas ocorrências de pré-eclâmpsia | 2020 | Scielo | Português (II) | A assistência de enfermagem à gestante com histórico de pré-eclâmpsia deve ser realizada com grande seriedade quanto à detecção precoce da patologia e o tratamento dos sintomas, bem como a educação das gestantes, proporcionando um atendimento humanizado, além de oferecer a promoção do cuidado e contribuir para um atendimento assistencial e qualificado, o acompanhamento de pré-natal deve ser realizado corretamente, sendo assim as consultas devem ser feitas mensalmente ou de acordo com a necessidade do paciente, portanto o enfermeiro deve sempre orientar a gestante quanto à relevância dos cuidados no dia a dia e no processo |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | de autocuidado, incentivando a paciente e garantindo o nascimento saudável do bebê. Desta forma, se faz necessária uma assistência pautada em comprovações científicas atualizadas |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----|---|--|------|--------|----------------|---|
| 8 | NUNES, Francisca Josiane Barros Pereira et al. | Cuidado clínico de enfermagem gestante com pré-eclâmpsia: Estudo reflexivo | 2020 | BVS | Português (II) | Na enfermagem, o cuidado clínico, muitas vezes, é exercido em cenários complexos, de incertezas e constantes mudanças, competindo aos profissionais usar como referência a defesa do direito à vida, à saúde e o compromisso de uma prática segura e de qualidade, orientada pelo agir ético e o exercício do pensamento crítico. Neste contexto o cuidado clínico de enfermagem proporciona uma manutenção e restabelecimento da saúde, por ser sua essência, deve ser sua maior prioridade, pois nele a enfermagem se identifica e a partir dele fundamenta seu conhecimento. |
| 9 | AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda et al. | Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia | 2017 | BVS | Inglês (II) | A assistência pré-natal é considerada atenção básica, é importante ressaltar que a assistência pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de comportamentos acolhedores e sem intervenções desnecessárias; de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, desde a atenção ambulatorial básica até a atenção hospitalar de alto risco. |
| 10 | SANTANA, Rosane et al. | Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem | 2019 | SciELO | Português (II) | Os cuidados realizados pelo enfermeiro na gestante com pré-eclâmpsia devem ser executados de maneira precisa e com atenção redobrada. São condutas comuns a aferição da pressão arterial quatro vezes ao dia, garantia de repouso no leito, avaliação de proteinúria, orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais e observação dos sinais e sintomas das síndromes hipertensivas. |
| 7* | | | | | | A pré-eclâmpsia se caracteriza |

| | | | | | | |
|----|------------------------|---------------|------|---------|---------------|--|
| 11 | KAHHALE, Soubhi et al. | Pré-eclâmpsia | 2018 | MEDLINE | Português (I) | peloaparecimento de hipertensão, com proteinúria e ou edema; ocorre após a 20ª semana de gestação e é predominantemente patologia da primigesta. Também são fatores predisponentes as gestantes com hipertensão arterial, diabéticas, doenças autoimunes, doenças do parênquima renal e aquelas com aumento da massa placentária como a gestação múltipla, gestação molar. Não é possível a prevenção da pré-eclâmpsia pelo desconhecimento de sua etiologia, podendo ser utilizada com tal finalidade a aspirina em dose baixa nos casos de alto risco. |
|----|------------------------|---------------|------|---------|---------------|--|

| | | | | | | |
|----|---|--|------|---------|----------------|--|
| 12 | WANTSIN, Rosemilda Martins Correia et al. | Pré-eclâmpsia: fisiopatologia, tratamento e cuidados de enfermagem | 2017 | SciELO | Português (II) | Existe um tratamento denominado de "ouro" que é o sulfato de magnésio que previne as convulsões eclâmpicas, mas requer cuidados de enfermagem específicos para evitar a depressão respiratória da gestante durante a sua administração, tais como: certificar-se da presença de reflexos patelares, frequência respiratória mínima de 12mpme volume de diurese mínimo de 100ml em 4 horas. O uso do AAS está sendo investigado como preventivo da pré-eclâmpsia quando utilizado a partir das 14 semanas em mulheres vulneráveis. |
| 13 | CHIARELLO, Delia I. et al. | Estresse oxidativo: gravidez normal versus pré-eclâmpsia | 2020 | MEDLINE | Inglês (I) | Outros fatores resultantes do estresse oxidativo, incluindo DNA danificado, oxidação de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e mel-níveis de tonina, ativação de monócitos e neutrófilos e geração excessiva de peroxinitrito também resultam em disfunção endotelial. A função endotelial prejudicada desempenha um papel central nas manifestações clínicas da pré-eclâmpsia, como hipertensão e proteinúria. sFlt-1, fms solúvel com tirosina quinase; sEng, endoglin solúvel; VEGF, fator de crescimento endotelial vascular; PlGF, fator de crescimento da placenta. |

| | | | | | | |
|----|-------------------------------|--|------|---------|-------------|---|
| 14 | CARMONA-GUIRADO, A. J. et al. | Prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva da maternidade. Grave pré-eclâmpsia em uma primigrávida | 2015 | MEDLINE | Inglês (II) | <p>As intervenções de enfermagem contemplaram a conscientização e o tratamento de sua doença e a criação de novos hábitos saudáveis. O trabalho de enfermagem na UTI Materna permitiu que as mulheres ajudassem a manter o máximo bem-estar materno e fetal satisfazendo qualquer uma de suas necessidades.</p> <p>Intervenções: Administração de medicação anti-hipertensiva, Controle analítico no sangue e na urina diariamente, Controle de sinais vitais, Complicação potencial: hemorragias secundárias a hipertensão e insuficiência útero-placentária.</p> <p>Intervenções: Detecção precoce de sinais de sangramento, Controle de ultrassom e monitoramento cardior-fetal.</p> |
|----|-------------------------------|--|------|---------|-------------|---|

| | | | | | | |
|----|-------------------|--------------------------------------|------|--------|-------------|--|
| 15 | MOL, Ben WJ et al | Medidas preventivas da Pré-eclâmpsia | 2016 | PUBMED | Inglês (II) | <p>Quando não tratada, a pré-eclâmpsia pode ser letal e, em ambientes com poucos recursos, esse distúrbio é uma das principais causas de mortalidade materna e infantil. Na ausência de tratamento curativo, o manejo da pré-eclâmpsia envolve a estabilização da mãe e do feto, seguida pelo parto em um momento ideal. Embora os algoritmos para prever a pré-eclâmpsia sejam promissores, eles ainda não foram validados. Medidas preventivas simples, como aspirina em baixas doses, cálcio e intervenções na dieta e estilo de vida, mostram benefícios potenciais. Os cuidados de enfermagem para que a pré-eclâmpsia não evolua para eclâmpsia, manter o paciente em local tranquilo e confortável. Orientar sobre a doença, aferir PA sempre quando necessário, administrar medicações prescritas pelo médico.</p> |
| | | | | | | <p>Devido aos elevados riscos que essa forma da doença acarreta para a gestante, recomenda-se a internação hospitalar imediata e acompanhamento contínuo. A importância de prescrever a terapia correta na pré-eclâmpsia e eclâmpsia é vital para os resultados maternos e fetais, e toda a equipe profissional de saúde do hospital (enfermeiras, médicos, farmacêuticos) tem a responsabilidade de promover o uso correto dos</p> |

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|--|------|--------|------------|---|
| 16 | PERES, Gonçalo Miguelet al. | Pré-eclâmpsia e eclâmpsia: uma atualização sobre o tratamento farmacológico aplicado em Portugal | 2018 | Scielo | Inglês (I) | <p>medicamentos recomendados. Assim, podemos concluir que, embora não exista uma diretriz nacional que permita um tratamento padronizado e uniforme em todos os hospitais portugueses, as diretrizes desenvolvidas e seguidas por esses mesmos hospitais vão de acordo com algumas diretrizes internacionais. Porém, ainda existem muitas discrepâncias, como a equipe profissional de saúde pudesse ser orientada para uma melhor saúde e prognóstico dos pacientes. O enfermeiro deve orientar que ainda não é recomendado que mulheres grávidas fumem, visto que o tabagismo é um fator de risco para várias complicações durante a gravidez, nomeadamente abortos espontâneos, descolamento prematuro da placenta, parto prematuro e redução do peso ao nascer.</p> |
|----|-----------------------------|--|------|--------|------------|---|

| | | | | | | |
|----|--------------------|--|------|--------|------------|--|
| 17 | FOX, Rachael et al | Pré-eclâmpsia: fatores de risco, diagnóstico, tratamento e o impacto cardiovascular na prole | 2019 | PUBMED | Inglês (I) | <p>Classificação dos altos riscos de pré-eclâmpsia, quando paciente apresenta um histórico de doença hipertensiva durante a gravidez. Histórico de pré-eclâmpsia na família. Fatores clínicos aumentam o risco da pré-eclâmpsia: síndrome de ovário policístico; distúrbios respiratórios do sono; infecções como a doença periodontal e infecções do trato urinário; apresentar sangramento durante cinco dias contínuos durante a gravidez pode aumentar as chances de pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia se apresenta quando ocorre a hipertensão gestacional de início (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg associada ao início de uma proteinúria, disfunção do órgão materno, bem como pode se apresentar através de uma disfunção uteroplacentária em após 20 semanas de gestação. Se apresenta em forma de placentação disfuncional, inflamação sistêmica e estresse oxidativo. Pacientes podem apresentar uma precipitação hipóxia fetal e resultados adversos que envolvem o parto prematuro, oligodrâmnio, descolamento de placenta, sofrimento fetal e morte do feto ainda no útero.</p> <p>O IMC no início da gravidez foi calculado como o primeiro peso medido em quilogramas <14 semanas</p> |
|----|--------------------|--|------|--------|------------|--|

| | | | | | | |
|----|--------------------------|---|------|---------|------------|--|
| 18 | HUTCHEON, Jennifer et al | Ganho de peso na gravidez antes do diagnóstico e risco de pré-eclâmpsia | 2018 | MEDLINE | Inglês (I) | gestacionais completas dividido pela altura em m^2 (idade mediana na primeira medição com 9 semanas de gestação, intervalo interquartil [IQR], 8–10). Definimos peso normal como IMC no início da gravidez de 18,5 a 24,9 kg/m^2 , sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m^2 e obesidade como $\geq 30 kg/m^2$. O ganho de peso gestacional foi calculado como o peso medido no momento do pré-natal ou parto menos o peso da gravidez precoce. Na Suécia, o horário típico de consultas pré-natais de rotina é nas semanas 8 a 12, semana 24, semana 28, semanas 31 a 32 e, posteriormente, a cada duas semanas até o nascimento. As mulheres são pesadas no máximo, mas não em todas as visitas como parte dos cuidados pré-natais de rotina. Para mulheres com pré-eclâmpsia, calculamos o ganho de peso usando apenas medidas antes da data do diagnóstico. As medidas de ganho de peso gestacional foram padronizadas para duração gestacional em escores z usando gráficos de ganho |
|----|--------------------------|---|------|---------|------------|--|

| | | | | | | |
|----|----------------------|---|------|---------|------------|---|
| 19 | MERYL, C. Nath et al | Mulheres com pré-eclâmpsia têm valores circulantes de IL-10 diminuídos no momento | 2020 | MEDLINE | Inglês (I) | de peso para idade gestacional específicos de IMC publicados anteriormente, derivados para nossa população Uma citocina imunomoduladora chave, IL-10 (interleucina-10), demonstrou estar desregulada na pré-eclâmpsia, um distúrbio hipertensivo específico da gravidez, caracterizado ainda pelo envolvimento multissistêmico. No entanto, estudos relataram achados inconsistentes sobre os níveis circulantes de IL-10 em gestações pré-eclâmpicas versus normotensas. O significado de nossos achados é de particular interesse clínico de várias maneiras. Em primeiro lugar, este estudo ressalta o papel da deficiência de IL-10 na fisiopatologia da pré-eclâmpsia. Nossa meta-análise ilustra que os níveis de IL-10 estão diminuídos no momento da doença ativa em todas as formas de pré-eclâmpsia. Isso sugere que o estado de inflamação sistêmica e disfunção endotelial observado na pré-eclâmpsia está associado à |
|----|----------------------|---|------|---------|------------|---|

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|---|
| | | do diagnóstico de pré-eclâmpsia | | | | deficiência de IL-10, o que pode resultar em imunomodulação prejudicada, ambiente pró-inflamatório e angiogênese prejudicada. O possível papel da IL-10 na patogênese da pré-eclâmpsia foi ainda corroborado pela observação de que os níveis de IL-10 eram mais baixos tanto nas formas leves quanto nas formas graves de pré-eclâmpsia. No entanto, os níveis de IL-10 não foram regulados negativamente no início da gravidez em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia. Esse achado implica que a desregulação de IL-10 é um evento relativamente tardio e que outros mediadores podem estar envolvidos no processo inicial da doença. Assim, nossos resultados sugerem que a IL-10 não é um marcador adequado para a detecção precoce da pré-eclâmpsia. Embora nossos achados sugiram que os métodos para aumentar os níveis de IL-10 possam ser uma opção de tratamento potencial para a pré-eclâmpsia, seu papel terapêutico precisa ser revisado no contexto dos estudos pré-clínicos atualmente disponíveis. |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|----|-------------------------|--|------|-----|------------|--|
| 20 | IVES, Christopher et al | Pré-eclâmpsia – Fisiopatologia e Apresentações Clínicas: Revisão de última | 2020 | BVS | Inglês (I) | A síndrome clínica começa com a invasão anormal do trofoblasto antes que muitas mulheres saibam que estão grávidas e muito antes das manifestações clínicas da doença se tornarem aparentes. Durante a implantação normal, os trofoblastos invadem o endométrio decidualizado, levando ao remodelamento da artéria espiral e obliteração da túnica média das artérias espirais miometriais, permitindo aumento do fluxo sanguíneo para a placenta, tudo independente das alterações vasomotoras maternas. Na pré-eclâmpsia, os trofoblastos não adotam um fenótipo endotelial, o que leva à invasão trofoblástica prejudicada e à remodelação incompleta da artéria espiral. A isquemia placentária resultante leva a um aumento nos marcadores angiogênicos, como a tirosina quinase-1 solúvel do tipo fms (sFlt-1) e a endoglina solúvel (sEng). |
|----|-------------------------|--|------|-----|------------|--|