ARTIGO DE REVISÃO

ARNALDO, Mariany de Freitas ^[1], CARDOZO, Maryanne Neuraide Freire ^[2], MACHADO, Eleuza Rodrigues ^[3]

ARNALDO, Mariany de Freitas. CARDOZO, Maryanne Neuraide Freire. Assistência de enfermagem às gestantes hipertensas na prevenção da prematuridade: revisão bibliográfica. Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento. Ano 06, Ed. 02, Vol. 02, pp. 108-125. Fevereiro de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/prevencao-da-prematuridade>

Contents

- RESUMO
- INTRODUÇÃO
- OBJETIVO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO
- PREMATURIDADE
- MECANISMOS QUE GERAM PREMATURIDADE
- FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO PARTO PREMATURO
- HIPERTENSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA A PREMATURIDADE
- COMPLICAÇÕES DO RN PREMATURO
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE
- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES HIPERTENSAS
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

RESUMO

Prematuridade é um problema de saúde pública e resulta de diversas origens, sendo a hipertensão gestacional o fator de risco mais importante no mundo e no Brasil. Ela é a causadora de aproximadamente 90% dos casos. Esse fato mostra a importância do enfermeiro na prevenção do parto prematuro em gestantes hipertensas. Objetivo: Revisar na literatura o papel do enfermeiro na assistência à gestante hipertensa, evitando a prematuridade. Sendo assim, realizamos uma revisão sistemática com abordagem qualitativa. Os artigos da revisão foram obtidos das fontes: LILACS, Google acadêmico, PubMed, SciELO, Manuais do Ministério da Saúde e livros. O material coletado foi publicado no período que compreende de 2007 a 2017. Entraram no artigo 62 publicações relacionadas ao tema. Os resultados mostram que gestantes com hipertensão arterial são mais propensas a terem parto prematuro, com menos de 37 semanas de gestação. A prematuridade provoca várias repercussões para a mãe e para os recém-nascidos. O enfermeiro desempenha importante papel na prevenção da prematuridade. Os cuidados de enfermagem que contribuem para a redução do parto pré-termo são: monitoração da pressão arterial da gestante, orientação para uma alimentação saudável, controle do peso da gestante, frequente avaliação da vitalidade fetal e a avaliação da dinâmica uterina de acordo com a idade gestacional.

Palavras-Chave: Assistência de Enfermagem. Gestação. Hipertensão Arterial. Prematuridade.

INTRODUÇÃO

O índice de nascimento prematuro de crianças ainda é elevado no mundo (*ABDEL et al.*, 2017; *REJALI et al.*, 2017) e no Brasil (*RAMOS; SASS; COSTA*, 2017). Resultados da literatura mostram que a hipertensão gestacional é um dos principais motivos causadores dessa modalidade de nascimento, induzindo cerca de 90% deste tipo de parto no país (*SOUZA*, 2015).

Recém-nascidos (RNs) prematuros são crianças nascidas antes da 37ª semana de gestação (*COSTA et al.*, 2015). Esses bebês são mais propensos a desenvolverem várias complicações respiratórias, neurológicas e infecciosas, aumentando o risco de mortalidade. Além dessas

complicações, podem ocorrer hipotermia, icterícia, hipoglicemia e dificuldade de sugar o leite materno (RAY; PARK; FELL, 2017; SOMASCHINI *et al.*, 2017).

Outro problema enfrentado com o nascimento prematuro é o prolongamento do tempo de internação do RN, que muitas vezes não é evitado. Esse maior tempo de hospitalização ocasiona aumento de custo para os cofres públicos, aumento do estresse psicológico na mãe hipertensa, acarreta piora do quadro hipertensivo dela e propicia risco de coma pós-parto, ou de mortalidade materna. Algumas dessas questões podem influenciar na diminuição do vínculo entre mãe e bebê (BOZKURT *et al.*, 2017; ECKLUND-FLORES *et al.*, 2017; TULLY *et al.*, 2017).

As mulheres estão sujeitas a desenvolverem hipertensão arterial em qualquer fase da vida, bem como durante a gravidez. Sendo assim, a hipertensão na gravidez passa a ser um sério problema de saúde pública (VAN OOSTWAARD *et al.*, 2015).

A prematuridade relacionada à hipertensão gestacional pode ser evitada se a hipertensão arterial for identificada precocemente no período da gestação. Isso pode impedir a evolução mais grave da doença, permitindo a maturidade fetal e evitando as implicações mencionadas anteriormente. Assim, é de extrema importância que o diagnóstico e o acompanhamento da gestante hipertensa se iniciem no pré-natal (SOUZA *et al.*, 2007).

Neste caso, a assistência do enfermeiro é importante para identificar precocemente mães hipertensas e orientá-las sobre as situações de risco de prematuridade que a situação delas apresenta para o bebê, bem como para notificar qualquer alteração no estado de saúde da gestante. Esses fatos mostram a importância de entender o papel do enfermeiro na assistência prestada à gestante hipertensa, com o intuito de prevenir o parto prematuro.

OBJETIVO

Fazer uma revisão sistemática da literatura sobre o papel do enfermeiro na assistência à gestante hipertensa, identificando as características marcantes da síndrome hipertensiva da gestação, a prematuridade e as implicações sobre mãe e bebê, e a importância da assistência de enfermagem à gestante hipertensa na prevenção e controle da prematuridade.

METODOLOGIA

A presente pesquisa decorre de uma revisão sistemática da literatura, com síntese do conhecimento descrito e com a incorporação e aplicabilidade das informações obtidas na prática de enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Os artigos que entraram na revisão foram publicados entre os anos de 2007 a 2017, usando as seguintes fontes de busca de dados: LILACS, Google Acadêmico, PubMed, SciELO, Manuais do Ministério da Saúde (MS) e livros. Foram usadas as respectivas palavras chaves para a busca dos artigos: assistência de Enfermagem, gestação, hipertensão arterial e prematuridade.

RESULTADOS

Foram encontradas 109 publicações científicas, dentre elas constavam artigos, manuais do Ministério da Saúde e livros. Porém, somente 62 entraram na revisão, por estarem melhor relacionadas com o tema proposto. Os demais artigos excluídos não atendiam ao período de publicação nem à problemática abordada neste estudo.

DISCUSSÃO

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (NOUR *et al.*, 2015).

Em estudos realizados e descritos na literatura, os autores consideraram que a gestação pode ser um fator de risco para a mãe e para o feto, devido algumas características particulares da gestação. Isso ocorre devido às chances de a gestante desenvolver uma evolução adversa, ou seja, de a gravidez se tornar de alto risco. Nos casos de gestantes de

alto risco, algumas podem ser assistidas na área de Atenção Primária à Saúde, por meio de procedimentos simples. Outros casos requerem cuidados mais complexos, dispensados em Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais, com atuação de equipes multidisciplinares (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Existem vários fatores que induzem uma gravidez de risco, sendo que alguns deles precedem à gestação. Assim, é preciso se estar atento aos marcadores e aos fatores de riscos gestacionais presentes na mulher antes desse período. Tais fatores estão relacionados. Eles foram divididos em: características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis da paciente, histórico de gestações anteriores e, por fim, condições clínicas preexistentes (SALGE *et al.*, 2009; BRASIL, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2015).

Os outros fatores de risco relacionados às condições ou complicações de uma gestação de alto risco são: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual; desvio quanto ao crescimento uterino; número de fetos e volume de líquido amniótico; início do trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; e o óbito fetal. As intercorrências clínicas, como as doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação, podem passar de mãe para feto. Algumas dessas intercorrências são: infecção do trato urinário (ITU), doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose e as doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação, como as cardiopatias, endocrinopatias (BRASIL, 2012; REZENDE; SOUZA, 2015). Por conta desses fatores mencionados, a hipertensão arterial passa a ser um fator de risco para a gestante e para o feto.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Frequentemente ela é associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, como também às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* BRASIL, 2013). Assim, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil a média de pessoas adultas acometidas pela HAS é de 32%, mas pode variar entre 22% a 44%. Para esses autores, a HAS, induz na paciente alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, reforçando assim, a

necessidade de um diagnóstico precoce.

O diagnóstico da HAS não requer tecnologia sofisticada. Além disso, a doença pode ser tratada e controlada somente com mudanças no estilo de vida, ou com medicamentos de baixo custo, de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). A HAS é determinada pela média aritmética da pressão arterial (PA). Quando ela for maior ou igual a 140/90 mmHg, em uma primeira aferição, deve ser medida novamente por pelo menos três dias diferentes, com intervalo de uma semana entre as aferições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A hipertensão arterial (HA) complica cerca de 10% a 22% de todas as gestações (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015). Ademais, existem inúmeros fatores que aumentam as chances de algumas gestantes acabarem hipertensas. Os fatores de riscos são: primiparidade; diabetes mellitus; gestação gemelar; histórico familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia; hipertensão arterial crônica; pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia; hidropsia fetal (não imune); gestação molar; e nova paternidade. Seguem-se também outros fatores com evidência mais fraca de ocorrência, como: IMC > 25,8; idade materna acima de 35 anos; uso de método anticoncepcional de barreira; aborto prévio; e ganho excessivo de peso (BRASIL, 2012; WHO, 2016a).

O estado emocional da gestante também pode induzir variabilidade da PA. Acredita-se que os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade, em pacientes com hipertensão arterial, elevam a PA, portanto, é possível associar a intensidade da ansiedade e a PA diastólica devido ao aumento na liberação de catecolaminas. Geralmente, os maiores conflitos emocionais relacionados ao aumento da PA estão associados à recusa da gravidez pela família, pelo parceiro ou pela própria gestante (SANTOS *et al.*, 2009; LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010).

As causas desses conflitos vividos pelas gestantes remetem ao enfermeiro o papel de realizar um processo educativo, com orientações de saúde voltadas para os métodos de planejamento familiar e contracepção, buscando também um decréscimo do número de abortos, e das consequências de uma gravidez não planejada e indesejada (BRASIL, 2009).

A síndrome hipertensiva da gestação é classificada de quatro formas distintas. A primeira é a

pré-eclâmpsia/eclâmpsia, que é doença específica da gravidez, e ocorre quando a HA surge a partir da 20ª semana de gestação e está associada à proteinúria. A segunda, hipertensão crônica de qualquer etiologia, que é identificada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação. A terceira, é a pré-eclâmpsia, sobreposta à hipertensão crônica, na qual a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 20 semanas de gestação. Por fim, a hipertensão gestacional, que ocorre após 20 semanas de gestação. Sendo assim, é necessário ressaltar que ainda dentro das síndromes hipertensivas gestacionais deve-se dar uma atenção prioritária à pré-eclâmpsia ou à doença hipertensiva específica da gravidez, que ocorre de forma isolada ou associada à HA crônica, que também está associada às piores complicações maternas e perinatais (MOURA *et al.*, 2011; DUARTE; ALMEIDA, 2014).

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento da gestante. Ela é considerada grave quando apresenta mais de um dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica igual/maior que 110 mmHg; proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária; oligúria (menor que 500mL/dia, ou 25mL/hora); níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL; sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais); dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia; plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$); aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL e de bilirrubinas); e presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico. Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são: acidente vascular cerebral; sinais de insuficiência cardíaca ou cianose; por fim, a presença de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e/ou de oligohidrânio (BRASIL, 2012; HINTON *et al.*, 2017).

Outra forma brusca da pré-eclâmpsia é a Síndrome de Hellp, relatada pela primeira vez na década de 50 (MOURA *et al.*, 2011; KUTLESIČ; KUTLESIČ; KORATEVIČ, 2015).

Síndrome Hellp é um quadro clínico caracterizado por hemólise, por elevação de enzimas hepáticas e também por plaquetopenia, que pode vir acompanhada de outras doenças (BRASIL, 2012). As manifestações desta síndrome são inespecíficas, porém os sintomas que sugerem diagnóstico para essa enfermidade são: náuseas; vômitos; dispnéia; e dor epigástrica em quadrante superior do lado direito do abdome, com irradiação para a escápula, acompanhada de hepatomegalia dolorosa à palpação. Tais sintomas decorrem da distensão da cápsula de Glisson pelo hematoma em formação. Após a ruptura do hematoma, a dor exacerba brutalmente e a paciente começa a apresentar sinais e sintomas de colapso

cardiovascular, como faces de angústia, pulso rápido e fino, oligúria e hipotensão (PASCOAL, 2002; LAM; DIEKING, 2017).

Dentre as hipertensões gestacionais, a pré-eclâmpsia grave é a de maior incidência, com 42% dos casos, seguida pela hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta, com 22%, seguida também pela hipertensão gestacional, com 17%, e pela pré-eclâmpsia leve, com 15%, como mostrado na Figura 1.

Figura 1. Classificação da síndrome hipertensiva específica da gestação.

Fonte: Silva et al. (2015).

De acordo com a literatura, a hipertensão durante a gestação pode gerar sérias complicações tanto maternas quanto fetais, incluindo a piora do quadro hipertensivo, a pré-eclâmpsia sobreposta, a restrição do crescimento fetal, o parto prematuro, o descolamento da placenta, o óbito fetal e/ou o óbito materno (MOURA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011; MORAIS *et al.*, 2015; ENNAQUI *et al.*, 2017).

No momento em que a mulher descobre que está gestante, ela deseja ter uma gravidez tranquila, livre de complicações. Porém, nem todas elas têm o privilégio de não apresentarem complicações durante a gravidez, e tais complicações podem causar consequências graves para mãe-filho. As complicações na gravidez podem resultar da hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia, por exemplo, é um problema de saúde decorrente de tal hipertensão, que acomete muitas mulheres e que a maioria, infelizmente, ainda desconhece. A incidência dessa doença é alta, grave e progride lenta ou rapidamente, colocando em risco a vida da gestante e do conceito. A pré-eclâmpsia pode evoluir para a eclâmpsia se não tratada precocemente (BRASIL, 2012a).

No caso da eclâmpsia, as suas formas graves estão relacionadas com as convulsões tônico-

clônicas generalizadas e/ou coma em gestantes quando há ausência de doenças neurológicas que a justifiquem.

Por isso, a gestante com o diagnóstico de hipertensão deve ter acompanhamento regular durante o pré-natal, pois, a persistência da hipertensão contribui significativamente para a morbimortalidade da gestante e do feto. Portanto, é de extrema importância, que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, atuem de forma efetiva na assistência à gestante e ao feto, minimizando possíveis complicações, como, inclusive, a morte materna e/ou fetal (BRASIL, 2012b).

PREMATURIDADE

O parto pré-termo é o que ocorre com menos de 37 semanas completas (259 dias). O tempo é contado a partir do primeiro dia do último período menstrual, não importando o peso do recém-nascido (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015). Segundo estes autores, a incidência de gestação de alto risco está intimamente relacionada à realização de partos prematuros.

MECANISMOS QUE GERAM PREMATURIDADE

Existem cinco mecanismos básicos que induzem as contrações uterinas que fazem ocorrer o início do parto prematuro. São elas: a inflamação, o estresse, as modificações físicas do colo uterino, a isquemia uteroplacentária e a hemorragia (DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015). De acordo com estes autores, a inflamação promove a liberação de endotoxinas locais ou citotoxinas inflamatórias, como fator de necrose tumoral (FNT) e de interleucina-1 (IL-1). O estresse fetal ou materno provoca a liberação de hormônios hipotalâmicos e adrenais, como: ocitocinas, cortisol e hormônios liberadores da corticotropina (GRH). As modificações físicas locais promovem a liberação de ocitocina e de GRH (BAQUITÃO, 2015). A isquemia leva a um crescimento intrauterino restrito, e a hemorragia tecidual induz a insuficiência vascular uteroplacentária, aumentando a liberação de GRH (DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015).

Para auxiliar no diagnóstico do trabalho de parto prematuro (TPP), existem alguns marcadores clínicos observáveis, como: modificações cervicais, contrações uterinas,

sangramento vaginal e alterações do bem-estar geral. Podem também realizar exame vaginal e ultrassonográfico (FREITAS *et al.*, 2011 *apud* DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015; ANDRADE, 2012).

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO PARTO PREMATURO

Os partos prematuros estão aumentando no mundo, inclusive no Brasil. Dados da literatura apontam que o Brasil aparece em décimo lugar no mundo, com aproximadamente dois mil casos de partos prematuros ao ano. Porém, muitos nascimentos prematuros não são esclarecidos (COSTA *et al.*, 2015; DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015; TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015). Os possíveis fatores de riscos que induzem a prematuridade são de origens epidemiológicas, obstétricas, ginecológicas, clínicas e cirúrgicas, sendo que a hipertensão arterial está incluída dentre as doenças maternas (Tabela 1).

Tabela 1. Relação dos fatores de riscos que originam a prematuridade.

Fatores de riscos	Causas
Epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível econômico - Falta de higiene - Gravidez abaixo dos 17 anos e acima dos 35 anos de idade - Desnutrição ou dieta desequilibrada - Baixo peso gestacional - Tabagismo e consumo de drogas ilícitas. - Estresse psicossocial.
Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> - Gemelaridade - Partos prematuros anteriores - Rotura prematura de membranas - Infecções amnióticas - Alterações hormonais - Incompetência cervical - Sangramentos genitais de segundo e terceiro trimestre - Más formações genéticas placentárias e polidrâmnio.
Ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Amputações do colo uterino - Malformações uterinas e miomas.

Clínicos cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none">- Doenças maternas- Infecções geniturinárias- Procedimentos cirúrgicos na gravidez.
---------------------	---

Fonte: tabela adaptada do quadro sobre causas de prematuridade (DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015).

HIPERTENSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA A PREMATURIDADE

Hipertensão é a complicação clínica mais comum, ocorrendo em um percentual de 10% a 22% das gestações. A própria gestação pode agravar a hipertensão existente antes da gravidez, ou seja, a hipertensão arterial crônica, bem como induzi-la em mulheres normotensas, ocasionando, assim, a hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia/eclâmpsia. A eclâmpsia indica pior prognóstico materno-fetal (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

Conceptos de mães com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia sobrepostas à hipertensão arterial crônica têm maiores riscos de prematuridade ou ocorrências de partos com fetos pequenos para a idade gestacional (PIG), com necessidade de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal e de suporte ventilatório. Neste caso, com maior incidência de mortalidade perinatal (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

A restrição do crescimento uterino é considerada outro problema relacionado à hipertensão arterial em gestantes hipertensas (SOUZA, 2015). Dados da literatura apontam que há evidências de que a exposição ao estresse oxidativo intraútero, desencadeado pela doença hipertensiva materna, tem implicação na patogênese de várias doenças do prematuro e está associada à maior morbimortalidade neonatal (KIY *et al.*, 2014). Devido ao comprometimento materno-fetal, a gestação poderá ser interrompida, ocasionando o parto prematuro, induzido por conduta obstétrica (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

As principais patologias obstétricas que ocasionam a prematuridade são: amniorrexe prematura, doença hipertensiva específica da gravidez, desvio quanto ao crescimento uterino, alterações do volume do líquido amniótico, gravidez múltipla, óbito fetal, diabetes gestacional e pielonefrite gestacional. No entanto, as patologias obstétricas prevalentes e envolvidas na gestação de alto risco, e associadas ao trabalho de parto prematuro, são a amniorrexe prematura e a doença hipertensiva específica da gravidez (TEIXEIRA;

VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015; ASSIS; VIANA; RASSI, 2015).

Resultados de pesquisas mostram que se a assistência à gestante de alto risco, inclusive as hipertensas, for adequada, mesmo que seja em uma casa de apoio à gestante, com profissionais da saúde capacitados e fácil acesso aos exames laboratoriais e de imagens, é possível reduzir o índice de prematuridade (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015; VIELLAS *et al.*, 2014).

COMPLICAÇÕES DO RN PREMATURO

As crianças nascidas pré-termo têm um risco elevado de adoecer e morrer em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal. Elas também são mais susceptíveis às infecções, complicadas pela manipulação do RN e pelo grande período de permanência deste nas unidades neonatais (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015; CHOI *et al.*, 2017).

Uma das principais complicações relacionadas ao feto decorrente do parto prematuro é a dificuldade respiratória. Ela ocorre em consequência da deficiência da produção de surfactantes, que são produzidos por volta da 34ª semana, porém só tem quantidade satisfatória na 38ª semana pelos pulmões. Antes desse tempo, os pulmões da criança estão imaturos e são forçados a um funcionamento antes do período. Na ausência do surfactante ou em quantidade insuficiente, os alvéolos ficam colabados, levando à Síndrome da Angústia Respiratória do recém-nascido ou outro distúrbio respiratório (ANDRADE 2012 *apud* DUARTE, FREIRE, OLIVEIRA, 2015).

Outras complicações observadas nesses RNs são a hipotermia, a apneia do sono, infecções microbianas, icterícia (neste caso deve-se realizar a fototerapia para a estabilização do nível de bilirrubina) e a hipoglicemia que é causada pela dificuldade de sucção do leite materno. (COSTA *et al.*, 2015; HAHN *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que com a dificuldade de sucção do leite materno, o prematuro poderá apresentar baixo peso, possibilitando o desenvolvimento de desnutrição grave. Todas essas repercussões causadas pela prematuridade podem contribuir para a morbimortalidade do RN prematuro (BRASIL, 2013).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE

O enfermeiro é parte importante do plano de assistência pré-natal e puerperal na rede de Atenção Primária de Saúde e maternidades. Este profissional fica responsável por todas ou por parte das consultas de pré-natal de gestações de risco habitual (OLIVEIRA, 2016). O acompanhamento pré-natal deve começar o mais precoce possível, de preferência no primeiro trimestre de gestação. O número mínimo de consultas de pré-natal adequado é seis, porém deve seguir o calendário com a frequência básica das consultas, que vai aumentando com a evolução da gestação, de forma que algumas gestantes chegam a fazer de 10 a 14 consultas dentro do calendário. As consultas devem ocorrer do seguinte modo: até 28 semanas: mensais; da 28^ª à 36^ª semana: quinzenais; e após 36 semanas: semanais.

A atenção pré-natal busca, sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento em todas as dimensões. Isso ocorre para que sejam identificados fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e para que se possibilite, caso necessário, o encaminhamento da gestante para níveis de referências de maior complexidade, que assegurem a ela a prevenção e/ou o tratamento precoce de complicações (BARRETO *et al.*, 2013). Tais autores consideram que o cuidado no pré-natal promove o exercício de comportamentos saudáveis pela mulher como: adequada nutrição, exercícios regulares, realização de exames, imunizações e aquisição de conhecimentos sobre o processo gravídico.

A compreensão e o entendimento da gravidez pelas gestantes fazem com que elas passem a se sentir seguras para vivenciar as diferentes etapas da gravidez. Nesse processo, o enfermeiro deve possibilitar o diálogo, deve estimular a expressão de dúvidas e deve amenizar as ansiedades sofridas por essas mulheres (BARRETO *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, os enfermeiros obstetras devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência nos casos de alguma intercorrência durante a gestação. (BRASIL, 2012; PEREIRA *et al.*, 2010).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES HIPERTENSAS

A prevenção da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) ainda não é amplamente conhecida, porém sabe-se que o diagnóstico precoce e suporte de saúde qualificado são determinantes de um melhor prognóstico. O atendimento pré-natal e puerperal desempenha importante papel no controle das intercorrências e no cuidado efetivo da DHEG (SILVA *et al.*, 2011). O enfermeiro que está assistindo à gestante deve estar atento durante todo o período gestacional, para que ocorrências indesejáveis não se manifestem durante este evento (LOPES *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2016).

As ações de promoção da saúde e a prevenção de riscos durante a gestação devem ser o foco de atendimento para as gestantes hipertensas. Nesta perspectiva, o atendimento pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde, é o caminho e a segurança de que as pacientes e os profissionais de saúde devem se aproximar para a consolidação de uma gestação livre de riscos e intercorrências. O Ministério da Saúde aponta ainda que a consulta de enfermagem, o acompanhamento da gestante durante o pré-natal, a atenção ao aparecimento de manifestações clínicas adversas e o aconselhamento são como pontos importantes a serem monitorados durante o atendimento à mulher por ocasião da consulta de enfermagem (LOPES *et al.*, 2013).

O enfermeiro pode realizar os seguintes cuidados: oferecer apoio emocional à gestante, orientar à gestante e seus familiares em relação à patologia, avaliar a dinâmica uterina, avaliar a vitalidade fetal e, por fim, verificar os sinais de cefaleia e de escotoma (MORAIS *et al.*, 2011). Os cuidados de enfermagem às gestantes hipertensas iniciam-se com a orientação de repouso e dieta e com a recomendação do tratamento medicamentoso quando a pressão arterial diastólica da gestante ultrapassar 100 mmHg. Além disso, há também a necessidade de enfatizar que as adequadas intervenções no pré-natal colaboram para a redução de complicações e das mortes maternas por hipertensão arterial (VETTORE *et al.*, 2011).

As orientações para uma alimentação saudável e para a prática regular de atividade física são essenciais e aliadas no controle do peso. Além disso, cabe ao profissional alertar a gestante sobre os riscos de fumar e do consumo de álcool durante a gestação (CARVALHO *et al.*, 2014). O enfermeiro deve acompanhar a evolução do peso da gestante durante o pré-natal. Dados do Ministério da Saúde (2012) mostram que o excesso de peso materno é fator

de risco tanto para o aumento da pressão arterial quanto para o desenvolvimento da diabetes gestacional, entre outros problemas circulatórios que podem ser desenvolvidos. Esses fatores podem induzir parto prematuro, gerar defeitos no sistema nervoso da criança e aumentar a chance de ocorrer um parto cesáreo (BRASIL, 2012; NIQUINI, 2013).

Em concordância com o Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou nas visitas domiciliares (BRASIL, 2012). Durante a consulta de enfermagem, o profissional deve analisar o fundo uterino após a 20ª semana. Isso é necessário porque por este cuidado é possível acompanhar o crescimento fetal, uma vez que as síndromes hipertensivas causam importante restrição de crescimento intrauterino (VETTORE *et al.*, 2011).

Os cuidados de enfermagem prestados à paciente com pré-eclâmpsia incluem: a aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo; repouso no leito nesta mesma posição; medição diária de peso; avaliação cotidiana da proteinúria; controle da diurese nas 24 horas; orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais; e observação pelos profissionais de saúde dos sinais e sintomas clínicos da SHEG (AGUIAR *et al.*, 2010).

Em relação à prevenção do parto prematuro, o papel do enfermeiro será justamente desenvolver um plano de cuidados que envolva o bem-estar da mãe e do bebê, para que se prolongue a gestação até o amadurecimento dos sistemas do feto (DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015). O enfermeiro tem um papel fundamental com as gestantes hipertensas, visando a prevenção do parto prematuro, pois ele é o profissional da saúde que permanece mais tempo ao lado da gestante, prestando assistência nas consultas de pré-natal (Fluxograma 1) Fluxograma 1. Assistência do enfermeiro às gestantes com síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclampsia.

Fonte: protocolos da Atenção Básica à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).

O enfermeiro deve ficar atento a qualquer alteração na pressão arterial da gestante e/ou qualquer sinal de complicação que possa afetar a saúde materna e fetal. Desde o pré-natal

que o enfermeiro acompanha o desenvolvimento da gestação a fim de proporcionar um parto sem distocia e evitar maiores implicações apresentadas na gestação. Portanto, o enfermeiro é importante para a prevenção do parto prematuro, pois, ele promove a maturidade fetal pelos cuidados prestados às gestantes hipertensas, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e fetal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos mostram que os conceitos de gestantes com eclampsia ou pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica têm maiores riscos de prematuridade. Fato esse relacionado com uma redução de oxigênio e nutrientes ao feto, devido à malformação dos vasos da placenta, que são responsáveis pela condução de nutrientes da mãe para o feto.

A restrição do crescimento uterino é outro problema advindo da hipertensão arterial nas gestantes. Isso se deve a algum comprometimento materno-fetal relacionado à HA, podendo a gravidez ser interrompida, ocasionando o parto prematuro.

Mediante ao exposto, percebeu-se uma deficiência de estudo relacionado à atuação do enfermeiro frente à prevenção de partos prematuros em gestantes hipertensas. Além disso, ficou evidente que não existe um método seguro para evitar a pré-eclâmpsia.

Os resultados dos estudos apontam que a atuação do enfermeiro é de fundamental importância na prevenção da prematuridade em gestantes com HA, pois esses profissionais estão mais tempo prestando assistência às pacientes. São eles que orientam as gestantes nas consultas de pré-natal, sobre os cuidados que devem ter durante a gestação, como: monitoramento da pressão arterial sempre, orientação quanto à alimentação saudável, controle do peso, avaliação da vitalidade fetal e avaliação da dinâmica uterina, considerando a idade gestacional.

Assim, medidas de atenção qualificada às gestantes hipertensas devem ser preconizadas em unidades que realiza pré-natal, enfatizando o aumento do número de consultas de enfermagem no pré-natal, avaliação do aparecimento de complicações, que poderão ser evitadas no decorrer da gestação, favorecendo o desenvolvimento completo do feto, atingindo a 37ª semana de idade gestacional, reduzindo os partos prematuros.

REFERÊNCIAS

ABDEL, R.N.M.; KHADER, Y.S.; BATIEHA, A.M. The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: A prospective study from Jordan (2012-2013). *Tur J Obstet Gynecol.* 2017;14(1):28-36. Doi: 10.4274/tjod.

ANDRADE, S.W. Intercorrências gestacionais: Trabalho de parto prematuro. Ano 2012. Disponível em: interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/viewFile/259/154.

AGUIAR, M.I.; FREIRE, P.B.G.; CRUZ, I.M.P.; LINARD, A.G.; CHAVES, E.S.; ROLIM, I.L.T.P. Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. *Rev Rene Fortaleza.* 2010; 11(4):66-75. ISSN: 1517-3852

ASSIS, T.R.; VIANA, F.P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras de Cardiol.* 2008;91(1): 11-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300002>.

BAQUITÃO, I. Trabalho de parto prematuro: Fatores de risco e estratégia para sua predição e prevenção. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2941.pdf>.

BARRETO, C.N.; RESSEL, L.C.; SANTOS, C.C.; WILHELM, L.A.; SILVA, S.C.; ALVES, C.N. Atenção pré-natal na voz das gestantes. *Rev Enferm UFPE.* 2013; 7(5): 4354-63. ISSN: 1981-8963.

BOZKURT, O.; ERAS, Z.; SARI, F.N.; DIZDAR, E.A.; URAS, N.; CANPOLAT, F.E., et al. Does maternal psychological distress affect neurodevelopmental outcomes of preterm infants at a gestational age of ≤ 32 weeks. *Early Hum Dev.* 2017;104:27-31. Doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.11.006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde. 2009: 213-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012; 318 p. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012; 318 p. Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em 16/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

CARVALHO, A.C.; MAGALHÃES, A.C.; MEDEIROS, A.S., AMORIM, F.C.M. Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal. Rev Interd. 2014;7(3):99-111. ISSN 2317-5079.

CHOI, Y.B.; LEE, J.; PARK, J.; JUN, Y.H. Impact of Prolonged Mechanical Ventilation in Very Low Birth Weight Infants: Results From a National Cohort Study. *J Pediatr.* 2017; pii: S0022-3476(17)31453-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.07.008>.

COSTA, B.C.; VECCHI, A.A.; GRANZOTTO, J.A.; LOREA, C.F.; MOTA, D.M.; ALBERNAZ, E.P., et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. *Bol Cient Pediatr Rio Grande do Sul.* 2015;04(2):33-37. ISSN 2238-0450.

COSTA, D.K.P.; ARRUDA, L.P.; MAGALHÃES, A.H.R.; ABREU, L.D.P.; PONTE, K.M.A.; FREITAS, C.H.A. Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10: 4909-19. ISSN: 1981-8963.

DIAS, R.M.M.; SANTOS, S.N. Perfil epidemiológico das mulheres com síndromes hipertensivas na gestação e sua repercussão na prematuridade neonatal em uma maternidade pública de Belém/PA. *Rev Enferm.* 2016;15(1):5-11. ISSN: 0104-3552.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A.; THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N., et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(3):140-7. ISSN 1020-4989.

DUARTE, M.M.; FREIRE, E.E.; OLIVEIRA, J.F. Assistência de Enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. *Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, Juazeiro do Norte*, v. 3, n.1, Ano E, 2015.

^[1] Graduação em Enfermagem.

^[2] Graduação em Enfermagem.

^[3] Orientadora.

Enviado: Fevereiro de 2021.

Aprovado: Fevereiro de 2021.