

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Bruna Larissa Fernandes Coelho<sup>1</sup>, Talita Lima dos Santos<sup>1</sup>, Lucas Geovane dos Santos Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Paula Coelho<sup>2</sup>, Ana Beatriz Mendes Furtado<sup>1</sup>, Ronaldo Correia da Silva<sup>2</sup>, Amanda dos Santos Bandeira<sup>1</sup>, Adria Melissa Carvalho Vasconcelos Paiva<sup>1</sup>, Elaine Samara Pinheiro Mendes da Silva<sup>1</sup>, Nicole Siqueira da Silva<sup>3</sup>, Alessandro Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Monique Magno<sup>1</sup>, Leonardo Marques Gonçalves<sup>3</sup>, Alessandra Carla da Silva Ferreira<sup>1</sup> e Hallessa de Fátima da Silva Pimentel<sup>4</sup>**

1. Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém, Pará, Brasil;
2. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil;
3. Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil;
4. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) acarreta o aumento dos níveis pressóricos da gestante, sendo a primeira causa de morte materna no Brasil, na presença da tríade clássica: hipertensão, edema e proteinúria (onde é chamada de pré-eclâmpsia, e na presença de convulsões ou coma, de eclâmpsia). Por isso, estabelece-se como objetivo a descrição da experiência de profissionais de enfermagem durante a assistência de pacientes com SHEG. É apresentado o manejo medicamentoso no ato de sulfatar uma gestante, a posologia, juntamente com medicações de controle hipertensivo, cuidados materno-fetais, setores obstétricos e suas especificidades, além de uma visão geral de cuidados humanizados para com a parturiente portadora da síndrome, visando instalar um melhor atendimento e, principalmente, notar a importância da assistência de enfermagem durante a internação hospitalar.

**Palavras-chave:** Pré-Eclâmpsia, Cuidados de Enfermagem e Gravidez de Alto Risco.

### ABSTRACT

The Specific Hypertensive Gestation Syndrome (SHGS) increases the pressure levels of pregnant women, being the first cause of maternal death in Brazil, in the presence of the classic triad: hypertension, edema and proteinuria (where it is called pre-eclampsia, and in

presence of seizures or coma, eclampsia). Therefore, the goal is to describe the experience of nursing professionals during the care of patients with SHGS. It is presented the drug management in the act of sulfating a pregnant woman, the dosage, together with medications for hypertensive control, maternal and fetal care, obstetric sectors and their specificities, in addition to a general view of humanized care for the parturient with the syndrome, aiming to achieve better medical assistance and, mainly, perceive the importance of nursing care during hospital internment.

**Keywords:** Pre-Eclampsia, Nursing Care, Pregnancy and High-Risk.

## 1. INTRODUÇÃO

O período gravídico é uma experiência ímpar na vida da gestante, sendo um processo fisiológico que acarreta mudanças significativas ao longo da vida da mulher, físicas, psicológicas e/ou comportamentais, ocupando a assistência de enfermagem um papel primordial nesse cenário, e promovendo a ação de cuidados essenciais no pré-natal, no pré-parto, trabalho de parto e pós-parto (NOUR et al., 2015).

A gestação geralmente ocorre sem intercorrências, no entanto, em alguns casos ela pode representar riscos à saúde materna e ao desenvolvimento fetal, favorecendo o surgimento de doenças específicas, como a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG). Esta acomete 7 a 10% das gestações nos países desenvolvidos, e se apresenta como a complicação mais comum, além de ter elevada taxa de morbimortalidade perinatal (primeira causa de morte materna no Brasil), e incidir em mais de 10% das gestações (BACELAR, 2017).

A síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG) acarreta o aumento dos níveis pressóricos da gestante, anteriormente normotensa, podendo ocorrer após a 20ª semana de gravidez e desaparecer após a 12ª semana de puerpério, possuindo maior frequência em primigestas ou com histórico probabilístico para a doença. (NOUR et al., 2015). A síndrome com etiologia ainda pouco conhecida, é caracterizada por apresentar hipertensão arterial acompanhada de proteinúria e/ou edema, sintomas designados de tríade da SHEG, definindo a pressão arterial na gestação com a PA  $\geq 140 \times 90$ mmHg, em duas tomadas com intervalo de pelo menos 4h, em repouso, ou quando houver aumento maior que 30mmHg na pressão sistólica (PAS) e/ou maior que 15mmHg na pressão diastólica (PAD), em relação aos níveis prévios à gestação. Em relação à proteinúria, esta é definida pela excreção de 300mg de proteínas em uma urina de 24 horas (SILVA, 2016).

Dentre os fatores de risco que propiciam a SHEG, destacam-se primigestas, gestação na adolescência (com idade inferior a 17 anos), sendo esta justificada por a gestante apresentar órgãos e sistemas imaturos, além da sujeição a desinformações e dificuldade de acesso à saúde pública, que resultam em um pré-natal deficiente. Entre outros fatores, listam-se a escolaridade, antecedentes clínicos de risco, baixa renda familiar, cor da pele, situação conjugal, gestante com mais de 30 anos, obesidade, histórico familiar de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, entre outros. Além disso, é importante salientar que alguns fatores de risco são evidenciados na concepção, como: obesidade, hipertensão crônica, diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo. Isto enfatiza a importância do pré-natal adequado e de profissionais de saúde capacitados para a prevenção e o diagnóstico precoce, o que possibilita a educação em saúde da população (BACELAR, 2017; ARAÚJO et al., 2017).

A SHEG se subdivide em pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e apresenta evolução para a síndrome HELLP. A primeira destas é caracterizada pelo desenvolvimento da hipertensão com proteinúria (com ênfase na albumina) e/ou edema de mãos ou face, e se manifesta entre a 20ª semana de gestação e o fim da primeira semana do pós-parto, com predominância em primigestas, e incidindo em 10% das gestantes, classificando-se em pré-eclâmpsia leve e grave (SILVA, 2016).

A figura 1 apresenta as classificações dos tipos de síndromes presentes.

<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA</b>	Hipertensão arterial que está presente antes da ocorrência da gestação, OU diagnosticada antes da 20ª semana da mesma, OU aquela diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que se mantém além da 12ª semana após o parto.
<b>HIPERTENSÃO GESTACIONAL</b>	Hipertensão arterial presente após a 20ª semana de gestação, SEM proteinúria associada em gestante previamente não hipertensa, com retorno aos níveis normais após a 12ª semana de puerpério.
<b>PRÉ-ECLÂMPZIA</b>	Hipertensão arterial presente após a 20ª semana de gestação COM proteinúria associada, em gestante sem história de hipertensão prévia.
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA COM PRÉ-ECLÂMPZIA AJUNTADA</b>	Hipertensão arterial crônica sem proteinúria antes da 20ª semana de gestação, que manifesta proteinúria na sua segunda metade OU hipertensão arterial crônica com manifestação de proteinúria na primeira metade da gestação e na qual, após a 20ª semana, verifica-se aumento repentino no valor da proteinúria ou da pressão arterial previamente controlada.
<b>ECLÂMPZIA</b>	Presença de convulsões na paciente com pré-eclâmpsia.

**Figura 1.** Classificação das síndromes hipertensivas na gestação.

No que tange à eclampsia, esta é a causa mais comum de convulsões relacionadas à pressão arterial e proteinúria na gravidez, caracterizando-se pela ocorrência de convulsões generalizadas e/ou coma durante o período gravídico-puerperal, em gestantes com sinais de pré-eclâmpsia. Isto acarreta altos índices de morbidade materna e perinatal, pois são afetados órgãos considerados vitais, como o sistema nervoso, fígado e rins, além do sistema gastrointestinal, classificando-se em eclampsia tardia e comatosa, sem convulsões (NOUR et al., 2015).

Diferentemente, a síndrome HELLP é definida como um agravamento do quadro clínico de pacientes com pré-eclâmpsia, denominada pela sigla que representa a condição em que a mulher se encontra, significando respectivamente: hemodiálise, níveis elevados de enzimas hepáticas e diminuição de números de plaquetas. Possui ocorrência entre a 17<sup>a</sup>-26<sup>a</sup> semana de gestação, com o aparecimento também no pós-parto, incidindo entre 2% e 12% dos casos diagnosticados, sendo responsável por aproximadamente 8% dos óbitos em bebês, acarretando os principais índices de mortalidade materna (SILVA, 2016).

As síndromes supracitadas podem causar diversas complicações maternas, como hemorragia cerebral, insuficiência renal, encefalopatia hipertensiva, coagulopatias, deslocamento prematuro de placenta e óbito materno, assim como, também para o concepto que pode apresentar desde abortamento e retardo do crescimento intrauterino, até óbito fetal (SILVA, 2016). No entanto, a hipertensão gestacional e as suas complicações podem ser evitadas, por meio da assistência adequada durante o pré-natal, através da prevenção, detecção precoce e controle dos fatores de riscos propícios à gestante (BACELAR, 2017).

O diagnóstico da síndrome específica da gravidez consiste em um exame clínico e laboratorial, efetuando o exame físico detalhado e preciso para a identificação de alterações incomuns, sinais e sintomas descritos e fatores de riscos associados, devendo-se avaliar a pressão arterial, verificar a presença de edemas generalizados (parede abdominal, membros inferiores, face e mãos), analisar o aumento de peso e atentar para a excreção de proteínas na urina, além de ser requisitado um diagnóstico diferencial para casos mais graves que apresentem convulsões, por exemplo (SILVA, 2016).

Segundo informações obtidas por meio do COREN-DF (2012), o tratamento clínico da SHEG depende da fase da síndrome. Na pré-eclâmpsia leve a terapêutica, este é realizado de forma conservadora, respeitando o desenvolvimento do concepto até que ele alcance a maturidade de 37 semanas, avaliando o paciente clínico e laboratorialmente, assim como a vitalidade do feto. Ao atingir a trigésima sétima semana de gestação, indica-se a interrupção

da gravidez diante de qualquer forma de SHEG, considerando a sua cura ante à parturição, cenário divergente das gestantes que apresentam pré-eclâmpsia grave e eclampsia, onde a interrupção da gravidez só é possível com o quadro clínico estabilizado (COREN-DF, 2012). Destaca-se que a pré-eclâmpsia, eclampsia e estado de sofrimento fetal são indicadores significativos para a suspensão da gestação, independentemente da idade gestacional. No processo do tratamento, deve-se considerar a idade gestacional e o agravamento da SHEG, para prosseguir com a conduta mais adequada para a paciente, enfatizando-se que o tratamento definitivo da síndrome é a interrupção da gravidez, considerando a possibilidade existente, em alguns casos específicos, de aguardar o amadurecimento fetal para a realização do parto (COREN-DF, 2012; SILVA, 2016).

Os indicativos evidenciam que a mortalidade materna e perinatal é influenciada pela qualidade de vida materna e a assistência prestada a essa grávida durante o pré-natal, fator que evidencia a necessidade de acompanhamento de um profissional de saúde capacitado durante esta etapa, prestando os cuidados necessários para a gestante, promovendo a educação em saúde para as mulheres em estado gravídico (NOUR et al., 2015). Verificado o alto índice de mortalidade materna provocada por esta síndrome, torna-se imprescindível a prudência na anamnese realizada em grávidas durante as consultas do pré-natal, ocorrendo de forma distinta, exigindo exames laboratoriais específicos e uma avaliação fetal rigorosa, pontuando a equipe de enfermagem como gestora do cuidado, assistindo a mulher de forma holística, considerando os seus anseios, sentimentos, história e sua cultura (NOUR et al., 2015).

Visando a redução da mortalidade materna-infantil, em 2000, foi implantando o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN), objetivando melhorar os resultados, os índices vigentes, e incentivar a humanização no atendimento à gestante. Posteriormente, em 2011, foi instituída no âmbito do SUS a Rede Cegonha, visando qualificar o atendimento e torná-lo humanizado à mulher na gravidez, no parto e no puerpério, assim como garantir à criança o direito do nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável, além de outras medidas impostas, tendo em vista a oferta de atendimento melhorado pela equipe multiprofissional de saúde, no qual a enfermagem ocupa um papel predominante em relação aos cuidados direcionados a gestante (NOUR et al., 2015).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, realizado em um hospital de referência materno-infantil localizado em Belém, Pará, de janeiro a março de 2020. Sendo relato de experiência, um conhecimento que se transmite com aporte científico, utilizando a técnica da narrativa escrita para a comunicação das experiências realizadas, e com o uso das observações, sejam subjetivas e/ou objetivas. Nesse tipo textual, é exposto os problemas que foram observados, bem como o nível de generalização na aplicação dos procedimentos, intervenções e técnicas que foram aplicadas (UNIFACISA, 2019).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a experiência, os discentes atuaram na assistência obstétrica, tendo como foco as pacientes com SHEG, passando pelos seguintes setores hospitalares: a sala de risco, sala vermelha, centro obstétrico (CO) e a sala de pré-parto, parto e puerpério (PPP).

A sala de classificação de risco pode ser conceituada como o ambiente organizador do fluxo de pacientes dentro das alas de urgência e emergência. Dentro das maternidades, é uma sala de acolhimento e o primeiro contato da gestante com o profissional de saúde, que segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde (2017) visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento, assumindo peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, sendo a classificação de risco um instrumento de suma importância na melhora e consolidação do Sistema Único de Saúde, por possibilitar a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (PMH - MA, 2006).

A sala vermelha é o local para atendimento ao paciente grave, voltada aos pacientes que necessitam de vigilância e cuidados intensivos. Assemelhando-se a uma pequena UTI, conta com uma equipe multiprofissional e exclusiva para ela. Nessa sala, os acadêmicos

tiveram a oportunidade de praticar procedimentos e cuidados direcionados ao controle e protocolo SHEG.

Seguindo o protocolo, assim que a gestante é transferida à sala vermelha, é realizada a anamnese e higienização da mesma, colocando-a monitorizada para a verificação de sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pulso, saturação e temperatura), ofertada a oxigenação através do cateter nasal tipo óculos, feita a sondagem vesical de demora – com sonda número 16 – para avaliação da diurese, e feita a orientação para que se deite em decúbito lateral esquerdo (sendo a posição de melhor oxigenação e fluxo sanguíneo para a mãe o bebê, pois não comprime a veia cava) e, por conseguinte, realizados os exames laboratoriais e cardiotocografia (CTB), podendo dar início ao esquema de sulfatação de magnésio (MgSO<sub>4</sub>), através da bomba de infusão.

Levando em consideração que a gestante que dá entrada está descompensada, é aplicada a dose de ataque (100ml de solução fisiológica 0,9% + 8ml sulfato de magnésio = 108ml) para correr na bomba de infusão, durante 20 minutos, como medida terapêutica anticonvulsivante. Após uma hora do término do procedimento inicial, dá-se a dose de manutenção (490ml de solução fisiológica 0,9% – despreza-se 10ml – e acrescenta 10ml de sulfato e magnésio = 500ml), correndo na bomba de infusão 100ml/hr, por um período de cinco horas. Em outros casos, pode ser necessária a adição de medicações para controle ambulatorial, avaliado e orientado pelo obstetra.

Finalizando a sulfatação, é necessária uma avaliação geral dos exames de sangue, coleta de urina e anamnese, sendo tomada pela equipe uma conduta obstétrica para tratamento anti-hipertensivo e correção dos distúrbios funcionais.

Tratando-se dos cuidados fetais, é necessária ausculta dos batimentos cardíacos diariamente, além dos exames complementares, que irão variar de acordo com a idade gestacional, sendo eles: ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF); ultrassonografia (USG) obstétrica com doppler; perfil biofísico fetal e cardiotocografia (CTB).

A figura 2 apresenta medicações para o controle da hipertensão a nível ambulatorial, com suas dosagens e posologias, podendo ser usado também nas enfermarias em caso de descompensação.

MEDICAÇÃO	DOSE	POSOLOGIAS PROGRESSIVAS PARA O CONTROLE
Metildopa (comprimido de 250 e 500 mg)	750 a 2 g/dia	- 250 mg 8/8 horas - 250 mg 6/6 horas - 500 mg 8/8 horas - 500 mg 6/6 horas
Anlodipina (comprimido de 5 mg)	5 a 20 mg/dia	- 5 mg 1x/dia - 5 mg 12/12 horas - 5 mg 8/8 horas - 10 mg 12/12 horas
Nifedipina (comprimido de 10 e 20 mg)	20 a 60 mg/dia	- 20 mg 1x/dia - 20 mg 12/12 horas - 20 mg 8/8 horas
Verapamil (comprimido de 80 mg)	80 a 240 mg/dia	- 80 mg 1x/dia - 80 mg 12/12 horas - 80 mg 8/8 horas
Propranolol (comprimidos de 40 mg)	40 a 80 mg/dia	- 20 mg 1x/dia - 20 mg 12/12 horas - 40 mg 12/12 horas

**Figura 2.** Opções medicamentosas para o controle hipertensivo na gestação.

O centro obstétrico (CO) é o espaço reservado para o atendimento ao parto normal e/ou cirúrgico de risco habitual e alto risco. Neste hospital constitui a ala destinada às parturientes indicadas ao parto cesárea. Cada profissional dessa ala tem suas especificidades, composta a equipe por um médico obstetra, enfermeiro obstetra, neonatologista/pediatra, anestesiológico e o técnico de enfermagem. O enfermeiro obstetra é responsável por receber a paciente no momento de sua internação, seja cesárea ou parto normal. Ele avalia a gestante e entra em contato com o médico responsável, para informá-lo sobre as condições clínicas e obstétricas, e receber orientações. Segundo a publicação feita pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2020), a enfermeira obstetra, junto com o neonatologista, recepciona o bebê após o parto e participa dos primeiros cuidados. Também auxilia na amamentação na primeira hora de vida, podendo ser inclusos assim, os acadêmicos nesse auxílio à gestante, com o apoio emocional e orientações adequadas, principalmente pós crise hipertensiva, onde ela acaba desestabilizando e necessitando do cuidado humanizado.

A sala de pré-parto, parto e puerpério é uma área privativa para cada mulher, o ambiente onde ela vai dar à luz o seu bebê de forma natural, contendo toda a estrutura adequada para a recepção do bebê. A equipe pôde fazer um trabalho assistencial às gestantes, deixando-as ambientadas e mostrando-as que o parto é exclusivamente e será protagonizado por elas.

A figura 3 apresenta os exames destinados a cada idade fetal, relacionadas as suas devidas condutas para o bem-estar fetal.



IDADE GESTACIONAL	EXAME	PERIODICIDADE	SINAIS DE ALERTA	CONDUTA
20 a 23 semanas e 6 dias	Ausculta do BCF	1 vez ao dia	Bradycardia ou taquicardia fetal	Se bem-estar materno preservado, expectante
24 a 27 semanas e 6 dias	USG obstétrica com doppler	1 vez por semana	Centralização fetal Oligoâmnio RCF	- Corticoterapia - Se não houver centralização e for possível o doppler de 3/3 dias, manter até a diástole reversa. Se não for possível, interrupção após completar a corticoterapia
28 a 33 semanas e 6 dias	USG obstétrica com doppler + Perfil biofísico fetal	1 vez por semana	Centralização fetal Oligoâmnio RCF	- Completar a corticoterapia - Se não houver centralização e for possível o doppler de 3/3 dias, manter até a diástole reversa. Se não for possível, corticoterapia e interrupção.
	CTB	Diariamente	Padrão comprimido, DIP II ou III	- Se possível, realizar doppler imediato - Se não for possível, considerar interrupção imediata

**Figura 3.** Exames para avaliação fetal.

Foi possível fazer a rotatividade por todo o âmbito hospitalar obstétrico, e conhecer a fundo todas as alas presentes. O enfoque às síndromes hipertensivas foi notável pela quantidade de pacientes que davam entrada por dia na maternidade, e restou perceptível o quanto a enfermagem avançou em seus métodos, utilizando o modelo ZUSPAN para esquema terapêutico com o sulfato de magnésio, sendo ele, um avanço considerável, por conseguir dar mais conforto às pacientes. Por meio deste, a medicação é utilizada através da bomba de infusão contínua (BIC), onde os efeitos colaterais do sulfato são quase inexistentes, pela forma em que é diluída, ou seja, o esquema se sobressai ao antigo o método PRITCHARD, onde a medicação era feita de forma intramuscular (IM), causando um enorme desconforto, e efeitos colaterais (que podiam variar de rubor, sudorese, hipotensão, bloqueio da transmissão neuromuscular com diminuição dos reflexos, hipotonia, colapso cardíaco, depressão respiratória e podendo levar inclusive, à parada respiratória), de tal forma que com o método utilizado atualmente, o número de relatos e queixas diminuíram de forma significativa, além de que a BIC é um instrumento de fácil manuseio e se torna o melhor amigo do enfermeiro na assistência dessas gestantes, buscando diminuir o sofrimento e trata-las com respeito e cuidado, em um momento que é tão importante.

A figura 4 apresenta os parâmetros de avaliação necessários para o controle e bem-estar materno.

PARÂMETRO	PERIODICIDADE	SINAIS DE ALERTA
Pressão arterial	01/01 hora enquanto estiver em uso de sulfato de magnésio  04/04 horas após a suspensão do sulfato de magnésio	PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg após 04 doses de anti-hipertensivos de emergência
Frequência respiratória	04/04 horas (durante o uso de sulfato de magnésio)  06/06 horas após	FR $\leq$ 14 irpm (sinal de intoxicação por magnésio)  FR $\geq$ 25 irpm (sinal inespecífico de edema pulmonar agudo)
Diurese	04/04 horas (durante o uso de sulfato de magnésio)  06/06 horas (se não estiver usando o sulfato de magnésio)	Diurese $\leq$ 25 ml/hora (sinal de alteração na função renal ou intoxicação por magnésio)
Reflexo patelar	04/04 horas (durante o uso de sulfato de magnésio)	Ausência do reflexo (sinal de intoxicação por magnésio)
Parâmetros laboratoriais	24/24 horas  Semanal para a proteinúria de 24 horas	Sinais de anemia hemolítica no hemograma Plaquetas < 100 mil/mm <sup>3</sup> Ácido úrico > 6,0 mg/dl Glicemia < 40 mg/dl TGO > 70 mg/dl TGP > 70 mg/dl Bilirrubinas > 1,2 mg% Creatinina > 0,8 mg% DHL > 600 Proteinúria +++ no EAS Proteinúria de 24 h > 1 g

**Figura 4.** Parâmetro de avaliação para bem-estar materno.

## 4. CONCLUSÃO

Observou-se a importância do novo método para os acadêmicos de enfermagem, restando claro o quanto a bomba de infusão diminui o sofrimento das gestantes, dando-lhes mais conforto na hora de sulfatar, além de ajudar o enfermeiro a otimizar o trabalho. Para as mulheres cujas gestações estão em risco, a assistência pré-natal tem o papel de identificar precocemente essas anormalidades e proporcionar orientações visando à manutenção da saúde e à prevenção de doenças. A identificação imediata, a avaliação e o manejo dos problemas são essenciais para um bom resultado da gestação e para o bem-estar do feto (FERREIRA, 2004). A síndrome na gestação varia em gravidade e em seus achados clínicos, tornando a avaliação da enfermagem muito importante para essa condição. O controle visa a reduzir o edema e a hipertensão e a restabelecer o funcionamento normal dos rins. A equipe de enfermagem deve auxiliar a gestante e a família a compreender a importância de controlar a doença hipertensiva moderada (FERREIRA, 2004). A experiência mostrou a necessidade de uma equipe preparada, pois é preciso atenção, agilidade e precisão na hora de sulfatar e atender uma paciente com SHEG.

## 5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. I.; et al. Síndromes Hipertensivas e Fatores de Risco Associados à Gestação. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v.11, p. 4254-4262, 2017.

BACELAR, B. E.; et al. Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 683-691, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf)>. Acesso em: 12/04/2021.

BRASIL. Secretaria de estado de saúde. Subsecretaria de atenção integral à saúde. Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde. **Síndromes Hipertensivas na Gestação – Manejo na Emergência**. Brasília - DF, 2018.

COREN-DF, **A Importância do controle da DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação**. 2012. Disponível em: <<https://www.coren-df.gov.br/site/a-importancia-do-controle-da-dheg-doenca-hipertensiva-especifica-da-gestacao/>>. Acesso em: 13/04/2021.

FLORES, C. M. **Contribuições para a elaboração do trabalho acadêmico opção relato de experiência**. (TCC) Especialização em Metodologia do Ensino Superior - UniFacisa – Centro Universitário, Campina Grande, 2019.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Quem é quem no centro obstétrico**, 2020. Disponível em: <<https://vidasaudavel.einstein.br/quem-e-quem-no-centro-obstetrico/>> Acesso em: 15/04/2021.

NOUR, A. F. G.; et al. Mulheres com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v.14, n.1, p.121-128, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de rotinas de enfermagem do centro obstétrico**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2012/sms-8929/sms-8929-5827.pdf>>. Acesso em 15/04/2021.

SERVIN, S. C. N.; et al. **SEMUS. Política Municipal de Humanização – PMH: Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco**, 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)>. Acesso em: 13/04/2021.

SILVA, G. L.; SOARES, D. G. Doença hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). **Interfísio**, 2016. Disponível em: <<https://interfísio.com.br/doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg/>>. Acesso em: 13/04/2021.