

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À
GESTANTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GESTAÇÃO - DHEG

Daniela Cristina Zanotti
Aline Zambom
Helen Cristina Ferrato da Cruz

Orientadora: Ludmila Janaina Santos de Assis

Lins – SP

2009

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À GESTANTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GESTAÇÃO - DHEG

RESUMO

A hipertensão gestacional é um sinal clínico secundário a outras doenças, sendo na atualidade a grande causa de morte materna e perinatal, subdividida em: Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG); Hipertensão Crônica; Hipertensão Crônica com Pré-Eclâmpsia Sobreposta e Hipertensão Transitória ou Gravídica. A DHEG é a mais preocupante, tendo início entre a segunda metade da gestação e o término do estado gravídico, seguido de proteinúria (perda de proteínas pela urina), e o edema. A DHEG está classificada em pré-eclâmpsia leve: identificada quando existe hipertensão com valores maiores ou iguais a 140x90 mmHg, junto com proteinúria e edema, pré-eclâmpsia grave: com valor maior ou igual a 160x110 mmHg, com qualquer outro sinal; e eclâmpsia quando ocorre convulsões seguidas ou não do coma, se existirem complicações pode ocorrer óbito. Não existe forma de prevenção, e sim formas de amenizar sinais e sintomas através de medicamentos e através de um pré-natal adequado.

Palavras-chave: Educação em saúde. Hipertensão na gestação. DHEG.

INTRODUÇÃO

Com a vivência em campo como estagiária, podemos observar, um crescente número de gestantes com o diagnóstico de DHEG. Ao questionar algumas dessas gestantes, sobre o conhecimento das mesmas sobre a patologia, observamos baixo conhecimento do problema que elas apresentam.

Sabendo a importância de se conhecer um pouco mais sobre a patologia que as gestantes apresentam, foi então que despertou o interesse, em desenvolver um trabalho, onde pudessemos levantar o nível de conhecimento dessas gestantes, bem como favorecer uma orientação sobre esta patologia, com a finalidade de reduzir os casos de complicação da DHEG e com isso, proporcionar o conhecimento amplo sobre a hipertensão, buscando a qualidade de vida e colocando em prática maneiras de reeducar e ajudar na prevenção de problemas futuros.

A pesquisa será observação sistemática; estudo de caso. Serão usados procedimentos como orientação, levantamento do grau de conhecimento da gestante sobre a patologia antes e após a pesquisa com a finalidade de proporcionar maior conhecimento da própria patologia, visando redução dos riscos e complicações.

1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde efetiva dispõe de uma base sólida para o bem estar individual e da comunidade. O ensino é um instrumento integrante onde todas as enfermeiras utilizam para cuidar dos pacientes e famílias no desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predis põem pessoas aos riscos de saúde.

Segundo L'Abbate (1994) pode se defini educação em saúde como um campo de práticas que se dá ao nível das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividade. Abordando caminhos de diferentes estados de saúde e bem-estar, com isso o conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, em um processo que envolve toda a população. No contexto de sua vida cotidiana, não somente quando esta em risco de adoecer.

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. (SCHALL; STRUCHINER, [s.d], p. 1)

A Educação em Saúde é um fator influenciador diretamente relacionado com os resultados de cuidados positivos do paciente.

Educação em Saúde tem um propósito sobre a educação da saúde advém, em parte, do direito do público ao cuidado de saúde abrangente, o qual engloba informações de saúde atualizadas. Segundo Schall; Struchiner ([s.d]) uma educação em saúde ampliada inclui-se políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação sobre

serviços de saúde com os tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem.

2 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GESTAÇÃO - DHEG

“A hipertensão é a patologia mais freqüente e aquela que se acompanha de maior morbimortalidade materna e perinatal. A hipertensão arterial é tida como um sinal clínico e não como uma doença, podendo ser secundária a outras patologias clínicas.”. (NEME,2000), tendo sua etiologia desconhecida.

De acordo Amed ([200_]) a classificação mais utilizada para os estados hipertensivos na gravidez é uma modificação daquela proposta, em 1990, pelo *National High Blood Pressure Education Working Group*.

- a) Doença Hipertensiva Especifica da Gestação (DHEG);
- b) Hipertensão Crônica
- c) Hipertensão Crônica com Pré-Eclâmpsia Sobreposta;
- d) Hipertensão Transitória ou Gravídica.

Dentre todos os tipos encontrados o que mais toma as atenções da área da saúde é aquela que aparece na segunda metade da gestação e que desaparece ao termino do estado gravídico, onde se encaixa a Doença Hipertensiva Especifica da Gestação (DHEG), associada a hipertensão, a proteinúria e ao edema.

A proteinúria é indicada como a perda de proteínas pela urina, sendo um sinal laboratorial muito importante principalmente se aparece associada à hipertensão, denotando um caso de pré-eclampsia.

Neme (2000) relata como proteinúria na gravidez a presença de 300mg ou mais de proteína excretada na urina durante uma coleta feita em um tempo de 24 horas, ou 0,3mg por litro de urina.

Segundo Rezende; Montenegro (2003) o edema (aumento de peso), inicialmente o edema oculto, aumento subitâneo de peso igual ou superior a 500 g/semana. Pode ser tido como um sinal de alerta, pois o edema é um fator recorrente da gestação.

De acordo com Amorim (2005), o edema não faz mais parte do diagnostico, pois muitas grávidas em estados normais apresentam edema, mesmo sendo generalizado.

“A Hipertensão Crônica na gravidez representa patologia de alta prevalência em mulheres em idade reprodutiva, representando a principal causa de morbimortalidade materna e fetal no Brasil” (SASS; ROCHA; EL-KADRE. [s.d], p.1).

Esta relacionada a qualquer tipo de etiologia encontrada antes da 20ª semana de gestação, sendo assim já existe hipertensão, não foi provocada exclusivamente pela gestação.

A hipertensão na gestação é crônica quando ao se realizar o exame físico pela primeira vez a gestante já apresenta sintomas de hipertensão. parâmetros clínicos e laboratoriais que classificam a gestante acometida.

Drukker; Knuppel (1996) descreve as hipertensas crônicas em três grupos distintos baseados apenas na pressão diastólica no início da gestação:

Hipertensas Leves — é quando a pressão diastólica se mantém entre 90 e 100 mmHg.

Hipertensas Moderadas — é quando os níveis de pressão diastólica se mantêm entre 100 e 110mmHg.

Hipertensas Graves — é quando os níveis de pressão diastólica estão acima de 110 mmHg

Já na hipertensão crônica com pré-eclampsia sobreposta, “o prognostico materno e fetal são mais reservados, exigindo rigoroso controle das funções orgânicas maternas e do crescimento e vitalidade fetal” (AMED;et al.[200_]).

Existe ainda a hipertensão que ocorre pela gravidez no final da gestação, durante o trabalho de parto, ou nas primeiras 24 horas de puerpério, desaparecendo nos primeiros 10 dias após o parto, não sendo acompanhado dos outros sinais e sintomas da pré-eclampsia, sendo conhecida como hipertensão transitória, ou gravídica. “Uma forma de hipertensão que regride após o parto, mas retorna em gestações subseqüentes” (NEME. 2000. p 282)

“O prognóstico materno e fetal são mais reservado, exigindo rigoroso controle das funções orgânicas maternas e do crescimento e vitalidade fetal”. (AMED. [200_]. p. 80) por se tratar um tipo de hipertensão preocupante por complicações da pré-eclâmpsia.

Segundo Drukker; Knupeel (1996) quando surgem sinais de agravamento da hipertensão, proteinúria ou aumento ponderal, estando a gestante em repouso hospital, considera seriamente uma intervenção, muitas vezes até o parto.

A hipertensão pode provocar varias alterações e disfunções, como alterações renais, acido úrico, alterações hepáticas, hemodinâmicas e metabólicas, alterações funcionais, sangüíneas, redução de volemia, dos glóbulos vermelhos, diminuição da pressão plasmática, alterações bioquímicas, de coagulação, colesterol e triglicérides, alterações endócrinas, placentárias, entre outras.

Existem varias teorias que comprovem o aparecimento da DHEG, sendo elas as principais: teoria da isquemia renal, teoria do aumento da pressão abdominal, teoria imunológica, teoria genética, teoria da prostaciclínica, teoria da disfunção endotelial e a teoria da isquemia placentária. (REZENDE; MONTENEGRO, 2003 p. 719),

Segundo Neme (2000) a DHEG pode ser subdividida em uma escala de complicações, denominada como pré-eclâmpsia leve/modera, pré-eclâmpsia grave a eclampsia.

- a) Pré-eclampsia leve;
- b) Pré-eclampsia grave;
- c) Eclampsia.

A pré-eclampsia é definida quando existe hipertensão com valores maiores ou iguais a 140x90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema que não cede com repouso, e apresenta inicio súbito, ou ainda quando há um ganho de 500g ou mais por semana, assim sendo valores referido a pré-eclampsia leve .

Na pré-eclampsia grave, a pressão arterial é tida com valor maior ou igual a 160x110 mmHg, ou com qualquer outro sinal como cefaléia, alterações visuais,

náuseas, vômitos e dor abdominal (normalmente acima do umbigo), falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas.

A eclâmpsia, "é definida como a presença de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia" (REZENDE; MONTENEGRO, 2003), podendo ser seguida ou não do coma.

É importante considerar que 75% das mortes por hipertensão na gravidez têm como causa a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Isso é lastimável porque a eclâmpsia em especial, que é uma forma grave da pré-eclâmpsia, é uma patologia que pode ser prevenida desde que se consiga atuar precocemente. (MEDINA, [2009?], p. 1)

Segundo Neme (2000) a morte da gestante pode ocorrer se existir complicações como hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência renal, hepática ou respiratória.

Existem alguns fatores de risco para a disposição da pré-eclâmpsia:

- a) Primigestas (grávidas pela primeira vez);
- b) Estar abaixo dos 15 ou acima dos 35 anos de idade;
- c) Hipertensas crônicas;
- d) Obesas;
- e) Ser diabética com problemas vasculares;
- f) Ser portadora de Lúpus Eritematoso ou outra doença vascular do colágeno;
- g) Sofrer de problemas renais;
- h) Gestações múltiplas;
- i) Ser da raça negra;
- j) Historia de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em gestação anterior,
- k) antecedentes familiares (historia entre mãe, avó, tia)
- l) ser de nível sócio-econômico baixo

A prevalência de hipertensão gestacional em pacientes nulíparas é 6 a 17%, sendo 2 a 4% em pacientes múltiplas. Em 20-50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para pré-eclâmpsia, ou seja, há desenvolvimento de proteinúria podendo a mesma se desenvolver antes ou após o parto. (OLIVEIRA; LOPES. 2005. p.1)

Não há nenhuma forma de se prevenir a pré-eclâmpsia e sim evitar que ela se complique, evolua ou até provoque a morte fetal ou materna. "Na pré-eclâmpsia leve/moderada a terapêutica é conservadora (37 semanas) até conceito atingir a maturidade". (REZENDE; MONTENEGRO, 200. p 707) Isso é feito com a ajuda de um pré-natal adequado e bem conduzido por um obstetra, que sempre verificara os valores da pressão arterial, solicitara exames de urina.

De acordo com Leite (s.d.), a única forma de tratamento real da pré-eclâmpsia (e da eclâmpsia) é o parto, sendo que os sintomas diminuem ou cessam entre uma e duas semanas após o parto. A pressão arterial regride ao valor normal no tempo de um a três meses.

A pré-eclâmpsia esta associada com algumas complicações, além do risco de eclâmpsia, existe a síndrome HELLP (comprometimento do fígado, das plaquetas e

anemia), descolamento prematuro de placenta, alterações da vitalidade fetal e aumento da mortalidade neonatal.

A Síndrome HELLP é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) que ocorre com o agravamento do quadro de pré-eclâmpsia. HELLP é uma sigla cujo significado é: H: hemólise (fragmentação das células vermelhas do sangue na circulação); EL: alteração das provas de função hepática (elevated liver functions tests) e LP: diminuição do número de plaquetas (células que auxiliam na coagulação) circulantes (low platelets count). (CORLETA; KALIL, 2006, P. 1)

A interrupção dependerá da gravidade da pré-eclâmpsia, da presença ou não de complicações e idade gestacional, sendo que partir de 34 semanas, geralmente é indicada a interrupção da gravidez. Antes da idade gestacional só é indicada a interrupção quando existe complicação que possa colocar em risco a vida da gestante e do bebê (AMORIM, 2005)

O parto normal é preferível, porque os distúrbios da coagulação podem complicar a pré-eclâmpsia, e o risco de sangramento é muito maior na cesariana em relação ao parto normal, podendo ainda existir a possibilidade da redução acentuada da contagem de plaquetas (abaixo de 70.000/mm³), não pode ser feita anestesia regional (raquidiana ou peridural) e, na cesariana, a anestesia terá que ser geral, com maiores riscos. se enquadrar nos valores normais de peso antes de engravidar e não ganhar peso além do limite recomendando durante a gestação

Dentre as complicações maternas que podem ocorrer em gestantes com pré-eclâmpsia grave podemos citar: descolamento prematuro de placenta (1-4%), coagulopatia disseminada/ síndrome HELLP (10-20%), edema pulmonar (2-5%), insuficiência renal aguda (1-5%), eclâmpsia (1%), falência ou hemorragia hepática (1%). Dentre as complicações fetais, destacam-se: parto pré-termo (15-67%), crescimento intra-uterino restrito (10-25%), dano neurológico/hipoxia (1%) e óbito perinatal (1-2%).(OLIVEIRA; LOPES. 2005. p.1)

“Em vários casos, mudanças no peso, dieta e estilo de vida podem ajudar a diminuir a pressão arterial na gestante”. (SOARES; SILVA apud BRINGMANN, 2007): se enquadrar nos valores normais de peso antes de engravidar e não ganhar peso além do limite recomendando durante a gestação.

Os cuidados de enfermagem são muitos como Neme (2000) relata entre os principais se enquadra:

- a) Medida de pressão arterial 4 vezes ao dia
- b) Repouso no leito, preferencialmente decúbito lateral esquerdo
- c) Medida diária de peso
- d) Avaliação diária da proteinúria
- e) Controle da diurese 24 horas
- f) Orientações para controle materno diário da movimentação fetal e interrogatório sobre sintomatologia clínica

CONCLUSÃO

Através do estudo realizado observou-se que é pequeno o interesse pela parte da população em especial as gestantes e os profissionais de saúde em saber sobre a DHEG e suas complicações, sendo uma patologia de grande incidência, acompanha de maior morbimortalidade materna e perinatal.

Uma das formas mais simples de evitar as complicações da patologia é a prevenção. Espera –se que através das orientações de enfermagem esse grau de interesse (principalmente pela gestantes) aumente proporcionando uma melhor qualidade de vida para as gestantes.

Direction of nursing will health care and education with HIPERTENSIVA specifies pregnant of pregnancy-DHEG

ABSTRACT

Gestational hypertension is a secondary clinico signal to other diseases, and nowadays the great cause of maternal and perinatal death, subdivided into: Hipertensiva specifies the gestation (DHEG); hypertension chronic; chronic hypertension with pre-eclampsia transitional or overlapped and hypertension Gravidarum

The DHEG is the most worrying, taking home between the second half of pregnancy and the gravídico State, followed by proteinuria (loss of proteins by urine), and the oedema. The DHEG this classified into pre-eclampsia: identified when there is hypertension with values greater than or equal to 140x90 mmHg, along with proteinúria and oedema, pre-eclampsia serious: with value greater than or equal to 160x110 mmHg, with any other sign; and eclampsia when convulsions followed or not to eat, if there are complications can occur death. There is no form of prevention, and Yes forms counter-Act signs and symptoms through medicines and through an appropriate pre-natal.

Keywords: health education. Hypertension in gestation. DHEG.

Referências

ALVES. E.A; ZUGAIB. M; RUANO. R. **Sulfato de magnésio (MgSO₄) no tratamento e prevenção da eclâmpsia: qual esquema adotar?**. São Paulo. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000300018&script=sci_arttext>. Acesso em 25 jul 2009.

AMED.A.M. et al. **Assistência Pré-Natal**. Manual de orientação [s.l.:s.n.], [200_]

AMORIM, M. **Pré-eclampsia**. Amigas do Parto, [S.l.], 08 nov. 2005. Disponível em:<http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=75> Acesso em: 25 ago 2009

BRUNGAMANN. N. V. **Hipertensão na gravidez**. Maringá, 2002. Disponível em: <<http://www.maringasaude.com.br/drnevtom/hipertensaonagravidez.shtml>>. Acesso em 19 ago.2009

CORLETA. H. V. E; KALIL. S. B. **Gestação e Hipertensão**. [s.l.], 2006. Disponível em : <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?211>>. Acesso em 21 ago.2009

DRUKKER, Joan E., KNUPPEL, Robert A..**Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar**. 2.ed. Porto Alegre : Artes Medicas, 1996.

L'ABBATE.S. **Educação em Saúde: Uma nova abordagem**. Rio de janeiro. 1994. Disponível em : <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400008>. Acesso em 08 ago 2009

LEITE, M. C. P. **Toxemia Gravídica (pré-eclampsia e eclampsia)**. Doutor Policlin, [s.l.: s.d.]. Disponível em:<<http://www.policlin.com.br/drpoli/100/>>. Acesso em: 29 nov. 2008.

LEVY,S.N; S. CARDOSO, I. F. R; et.al. **Educação em Saúde. Histórico, Conceitos e Propostas**. [s.l.], [s.d]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 13 jul 2009.

MEDINA. V. **Pré-eclampsia e eclampsia na gravidez**. [s.l.: 2009?]. Disponível em: <<http://br.quiainfantil.com/eclampsia/345-pre-eclampsia-e-eclampsia-na-gravidez.html>>. Acesso em 25 jul 2009.

MONTENEGRO, A. B.; REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 9º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA. C. A; LOPES. L. M. **Hipertensão na gestação - Classificação e prognóstico.** Rio de Janeiro. 2005. Disponível em:<http://www.cpd.com.br/sys/interna.asp?id_secao=3&id_noticia=484> Acesso em 15 jul 2009.

SASS. N; ROCHA. N. S. S. EL-KADRE. L. C. D. **A hipertensão arterial crônica na gravidez,** São Paulo, [s.d]. Disponível em:<www.virtual.unifesp.br/cursos/.../hipertensaonagravidez.pdf.> acesso em 19 jul. 2009

SCHALLI, V. T; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Rio de Janeiro. [s.d]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em 11 jul 2009.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

SOARES.G. D; SILVA. L .G. **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.interfisio.com.br/index.asp?fid=281&ac=1&id=11>> . Acesso em 24 ago.2009

TAKIUTI. N. H; KAHHALE. S. **Estresse e Pré-eclâmpsia.** São Paulo. 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 25 jul 2009.

TOXEMIA Gravidica(pré-eclampsia e eclampsia). Doutor Policlin. [s.l.: s.d.]. Disponível em:<<http://www.policlin.com.br/drpoli/100/>>. Acesso em 29 jul 2009

Autores:

Aline Zambom – Graduando em enfermagem
Aline_zambom@hotmail.com Fone (014) 97473402

Daniela Cristina Zanotti – Graduando em enfermagem
daniolira3@yahoo.com.br Fone (14)35238079

Helen Cristina Ferrato da Cruz – Graduando em enfermagem
helenferrato@hotmail.com Fone: (14) 97917565

Orientadora:

Prof^a. Esp. Ludmila Janaina Santos de Assis
assisludmila@yahoo.com.br Fone: (014) 91692465