



**DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**MÁRCIA ROSA ALBANO**

**PROPOSTAS DE GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM  
MULHERES GRÁVIDAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO  
HOSPITAL GERAL DO HUAMBO**

**CAÁLA/2023**

**MÁRCIA ROSA ALBANO**

**PROPOSTAS DE GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM  
MULHERES GRÁVIDAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO  
HOSPITAL GERAL DO HUAMBO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Licenciatura, no Curso de Enfermagem Geral do Instituto Superior Politécnico da Caála, ISPC.

**Orientadora:** MSc. Sandra Acosta Fernandez

**CAÁLA/2023**

Dedico este trabalho à minha mãe, aos irmãos e à família  
no seu geral.

## **AGRADECIMENTOS**

Para a prossecução do presente trabalho, Deus em primeira instância é o responsável por este motivo, a Ele rendo os meus agradecimentos.

À Direcção do Instituto Superior Politécnico da Caála pelo ensejo e oportunidade no asseguramento desta formação superior.

À Dra. Sandra por ter orientado este trabalho, pela paciência, dedicação, mostrando-me os melhores caminhos a seguir para melhor compreensão do trabalho em apressado.

À minha família por acreditar no meu potencial e capacidade, e em tudo que sempre pôde fazer, pelo incentivo, apoio, companheirismo e muita força; responsável pela minha educação e integração à comunidade em geral.

À todos aqueles que directa e indirectamente fizeram parte da construção da minha personalidade e contribuíram para materialização deste trabalho.

Ao longo desta caminhada contei com a colaboração e conselhos de amigos, colegas e outros pra alcançar os meus objetivos, a estes, o meu muito obrigado!

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor, porque já estive perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco, porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho, porque os livros são fonte do saber.

Escolhi ser enfermeira, porque amo e respeito à vida!”  
*(Florence Nightingale)*

## RESUMO

Sendo a Hipertensão Arterial em gestantes um grave problema de saúde pública atingindo milhões de mulheres em todo mundo, sobretudo no nosso país, Angola, trazendo complicações de risco tanto para a mãe, o feto e ao recém-nascido, fez-se necessário propor um guia de cuidados de enfermagem em mulheres grávidas com Hipertensão Arterial, que, aliás, constituiu o objectivo deste trabalho. O Hospital Geral do Huambo foi proposto para a determinação da situação em estudo, por ser a maior unidade hospitalar de referência a nível local, acolhendo pacientes de toda a província e de todos os estratos sociais. Nesta unidade, a investigação limitou-se na discussão dos dados obtidos na unidade hospitalar de Fevereiro a Março de 2023 e na análise dos inquéritos que foram aplicados aos enfermeiros em serviço nos dias propostos para a colheita de dados. Tendo em consideração a validade do tema, optou-se por uma pesquisa do tipo descritiva, quanto aos objectivos e no que concerne a abordagem metodológica, caracterizada como qualitativa e quantitativa. Pelo que, os resultados atestaram que a insuficiente aplicação de um guia de cuidados de enfermagem no processo da gestação pelos profissionais de enfermagem levou muitas gestante desconhecerem as consequências dessa patologia. Por isso, o trabalho se propus apresentar propostas de guia de cuidados de Enfermagem a gestantes com quadro hipertensivos respondendo a necessidade de uma melhor actuação e indicando mecanismos e condutas específicas individualizadas, manejos e diretrizes especiais e adequadas de modo a identificar precocemente as situações de risco e, conseqüentemente, a prestação de um atendimento eficaz e seguro de e assim reduzir as taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal. Com efeito, uma revisão literária com incidência na natureza e nas medidas de cuidados de Enfermagem em gestantes como mecanismo de maior e melhor actuação dos profissionais de saúde, sobretudo a classe de enfermeiros, fez-se necessária para a validação científica do guia proposto.

**Palavras-chave:** Gestação; Hipertensão; Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

Arterial Hypertension in pregnant women is a serious public health problem affecting millions of women around the world, especially in our country, Angola, bringing risky complications to both the mother, the fetus and the newborn, it was necessary to propose a nursing care guide for pregnant women with Arterial Hypertension, which, in fact, was the objective of this work. The Huambo General Hospital was proposed to determine the situation under study, as it is the largest reference hospital unit at a local level, welcoming patients from across the province and from all social strata. In this unit, the investigation was limited to the discussion of data obtained in the hospital unit from February to March 2023 and the analysis of the surveys that were applied to nurses on duty on the days proposed for data collection. Taking into account the validity of the theme, we opted for a descriptive research, regarding the objectives and with regard to the methodological approach, characterized as qualitative and quantitative. Therefore, the results attested that the insufficient application of a nursing care guide in the pregnancy process by nursing professionals led many pregnant women to be unaware of the consequences of this pathology. Therefore, the work set out to present proposals for nursing care guides for pregnant women with hypertensive conditions, responding to the need for better action and indicating specific individualized mechanisms and conduct, special and appropriate management and guidelines in order to identify risk situations early. and, consequently, the provision of effective and safe care and thus reducing maternal-fetal mortality and morbidity rates. In effect, a literary review focusing on the nature and measures of nursing care for pregnant women as a mechanism for greater and better action by health professionals, especially nurses, was necessary for the scientific validation of the proposed guide.

**Key-words:** Pregnancy. Hypertension. Protocol. Nursing care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AST**- Aspartato Aminotranferase

**BRA**-Antagonistas dos receptores de angiotensina

**CH**-Crise Hipertensiva

**DLE**-Decúbito Lateral Esquerdo

**DNHA**-Direcção Nacional dos Hospitais de Angola

**HA**-Hipertensão Arterial

**HAG**-Hipertensão Arterial na Gestação

**HAC**-Hipertensão Arterial Crônica

**HG**-Hipertensão Gestacional

**HGH**-Hospital Geral do Huambo

**LD**-Desidrogenase Láctica

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**PA**-Pressão Arterial

**PE**-Pressão de Eclâmpsia

**PICo**-Poplução, Interesse e Contexto

**PN**-Pré-Natal

**PAD**-Pressão Arterial Diastólica

**PAS**-Pressão Arterial Sistólica

**S.M**-Serviços de Maternidade

**S.M.H.G.H**-Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO .....	11
1.2 PROBLEMA CIENTÍFICO: .....	12
1.3 OBJECTIVOS .....	12
1.3.1 Objectivo geral:.....	12
1.3.2 Objectivos específicos: .....	12
1.4 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO.....	12
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO:.....	13
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>14</b>
1.6 A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO.....	14
1.6.1 Noções gerais .....	14
1.7 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO .....	15
1.8 FACTORES DE RISCO.....	16
1.9 TROMBOFILIA / SAACCLASSIFICAÇÃO .....	16
1.9.1 Pré-eclâmpsia .....	17
1.9.2 Eclâmpsia .....	18
1.9.3 Hipertensão Arterial Crônica .....	19
1.9.4 Hipertensão Gestacional .....	19
1.9.5 Hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia sobreposta.....	20
1.10 CRISE HIPERTENSIVA .....	20
1.11 CLASSIFICAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO, SEGUNDO OS NÍVEIS: .....	20
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>22</b>
1.12 TIPO DE PESQUISA .....	22
1.13 TIPO DE RECOLHA DE DADOS .....	23
1.14 MÉTODOS USADOS .....	24
1.14.1 Métodos teóricos .....	24
1.14.2 Métodos empíricos .....	24
1.14.3 Aspectos éticos .....	24
1.15 MATERIAL USADO.....	24

1.16 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
<b>DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>PROPOSTAS DE SOLUÇÃO (GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM)...</b>	<b>33</b>
1.17 COMO ACOMPANHAR AS GESTANTES COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL: .....	38
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>45</b>
<b>REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>
<b>A PÊNDICE A: CRONOGRAMA .....</b>	<b>56</b>
<b>RESULTADOS DOS INQUÉRITOS .....</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento muito agradável, especial e muito esperado na vida das mulheres, no entanto durante esse período algumas patologias podem ser diagnosticadas como é o caso da hipertensão arterial. Sendo esta, a hipertensão arterial, um grave problema de saúde pública que atinge milhões de pessoas em todo o mundo e acomete em gestantes de todas as idades, pode ser causada por factores genéticos, ambientais, sociais, económicos e imunológicos (ARAÚJO et al. 2017). A Direcção Nacional dos Hospitais de Angola (2020), em seu relatório, afirma que na África Subsariana ela está presente em cerca de 10% das mulheres grávidas e a eclâmpsia, uma classe desta doença, é a terceira causa de morte materna na região africana, sobretudo em Angola.

### 1.1 Problematização

A hipertensão arterial em mulheres grávidas é responsável por um grande número de partos prematuros uma vez que a interrupção da gestação aparece ser opção mais segura, nos casos graves, para mãe e o feto. Por isso consideradas mais vulneráveis, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais de saúde por estarem sujeitas a **complicações de risco** tanto materno-fetal, quanto ao recém-nascido que são:

Encefalopatia hipertensiva, função renal comprometida, falência cardíaca, hemorragia retiniana, associação com pré-eclâmpsia e coagulopatias;

O feto fica sujeito à restrição de crescimento intrauterino, deslocamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, baixo peso, prematuridade e morte intra-uterina.

O atendimento multiprofissional que permita diagnóstico e tratamento das mais variadas complicações, bem como disponibilidade de recursos tecnológicos avançados são fundamentais para a melhoria dos resultados neonatais, tanto na sobrevivência, como na qualidade de vida destas pacientes. Por isso, as ações de enfermagem consubstanciam-se em um atendimento humanizado, por transmitirem conhecimento e informações benéficas para a mulher no período da gravidez.

A falta de um guia na aplicação dos cuidados de enfermagem no processo da gestação acaba levando muitas gestantes desconhecerem as consequências dessa patologia, que pode trazer riscos a elas e ao feto.

Tendo em conta o anterior exposto e olhando no local de incidência deste trabalho, identifica-se o seguinte:

## **1.2 Problema científico:**

A elaboração de um guia de Cuidados de Enfermagem específico ao atendimento de mulheres grávidas hipertensas para acompanhar, manejar de maneira adequada, identificar precocemente as situações de risco e patologias e, portanto, prestar um atendimento de maneira eficaz e seguro, catalogado, descrito e padronizado acaba evitando complicações de riscos a essas pacientes.

Como parte do conhecimento do problema determinado, tem-se como:

## **1.3 Objectivos**

### **1.3.1 Objectivo geral:**

Propor um guia de cuidados de Enfermagem em mulheres grávidas com Hipertensão Arterial no Hospital Geral do Huambo.

### **1.3.2 Objectivos específicos:**

Fundamentar a Hipertensão Arterial em mulheres grávidas.

Diagnosticar os cuidados de Enfermagem prestados pelos profissionais de saúde em mulheres grávidas com Hipertensão arterial no Hospital Geral do Huambo.

Analisar os passos eficientes de cuidados de enfermagem em mulheres grávidas com Hipertensão Arterial no Hospital Geral do Huambo.

## **1.4 Contribuição do trabalho**

Um guia eficaz, descrevendo passos de cuidados de enfermagem em mulheres grávidas com Hipertensão Arterial acaba sendo um mecanismo seguro para a prevenção, intervenção e acompanhamento durante e após o processo de gestação dessas pacientes, contribuindo, inequivocamente, na redução da mortalidade e morbidade desses casos.

Daí ser, o presente trabalho, relevante, poisque para além de contribuir nos serviços de ginecologia e obstetrícia, apresentando ferramentas essenciais para a promoção e segurança

materna e fetal, suscitaactivamenteuma acção reflexiva dos profissionais de saúde no reforço do compromisso da postura de educador e orientador disseminando informações tendo em vista a necessidade de desenvolver um serviço especializado voltado para estas pacientes.

### **1.5 Estrutura do trabalho:**

Capítulo I: Introdução.

Capítulo II: Fundamentação teórica sobre a Hipertensão Arterial na gestação;

Capítulo III: Procedimentos Metodológicos;

Capítulo IV: Descrição e discussão dos resultados obtidos a partir dos dados do Hospital

Geral do Huambo;

Capítulo V: Apresentação das propostas de guia de cuidados de Enfermagem para as mulheres gestadas com Hipertensão Arterial no Hospital Geral do Huambo.

Capítulo VI: Conclusões

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A hipertensão arterial na gestação**

#### **2.1.1 Noções gerais**

A gravidez consiste em um processo fisiológico congênito entendido através de um seguimento de adaptações que ocorrem no corpo da mulher decorrentes da fertilização. No período da gestação o corpo da mulher tende a sofrer várias mudanças em seus sistemas, ressaltando que um estado de saúde que está relacionado a mudanças fisiológicas (SANTOS et al, 2010). Devido as alterações ocorrentes neste período que afectam muito os músculos e articulações é aconselhável que a gestante procure adaptar a uma rotina de exercícios para que possa ajustar estas possíveis mudanças (PILARES, 2007). A gestação pode ser tratada também como uma situação limítrofe que é capaz de implicar riscos, tornando o pré-natal de extrema importância devido a identificação de algum possível problema no decorrer da gestação de forma precoce e possa ser evitado algum resultado desfavorável (BRASIL, 2012). A hipertensão induzida pela gravidez é caracterizada pela hipertensão, proteinúria, edema e poderá prejudicar o ciclo gravídico, como o crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta e óbito fetal.

De realçar que a consulta de pré-natal consubstancia-se na promoção e segurança materna e fetal, bem como no acompanhamento da gestante, no planeamento da assistência e desenvolvimento de acções com o intuito de prevenir a hipertensão gestacional e suas possíveis complicações, sendo essencial que se classifique os riscos em todas as consultas do pré-natal. Daí ser, a consulta do pré-natal, de extrema importância facilitar a identificação dos factores de risco e conseqüentemente conhecer as estratégias de orientações quanto a mudança no estilo de vida a fim de evitar a ocorrência da hipertensão durante a gestação (Lima et al.,2018).

É de facto pertinente que o enfermeiro saiba os protocolos de cuidados de Enfermagem de modo a evitar esses riscos, no caso desse estudo, da hipertensão arterial. Abaixo descreve-se tudo sobre ela na gestação.

## 2.2 Critérios de diagnóstico

A Hipertensão Arterial é dividida em PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e PA diastólica  $\geq 90$  mmHg. Ou seja, a Hipertensão Arterial na gravidez consubstancia-se na presença de Pressão Arterial  $\geq 140/90$  mmHg, na medida em que se considera esta pressão por sistólica no primeiro ruído (aparecimento do som) e diastólica, no quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som) e prévia a aferição da Pressão Arterial é recomendada:

Não ter realizado exercício físico recente;

Não ter fumado no intervalo de uma hora;

Não estar com blusa apertada no antebraço;

Não se utiliza mais elevação de 30 mmHg PAS e 15 mmHg PAD.

Por Proteinúria considera-se quando:  $>$  que 300mg na urina de 24h 1+ ou mais em amostra simples de urina Edema, retirado da classificação por ser frequente em gestações normais.

Por Hipertensão Arterial crônica Hipertensão observada antes do início da gravidez ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. Hipertensão diagnosticada pela primeira vez depois de 20 semanas de gestação e que não desaparece depois do parto e puerpério (42 dias).

As Disfunções orgânicas maternas são classificadas em:

Renal: creatinina sérica  $> 1,1$  mg/dL ou o dobro da concentração sérica na ausência de outra doença renal;

Hepática: AST/ALT  $> 70$  U/L, ou o dobro do valor de referência e/ou dor em quadrante superior direito ou em região epigástrica;

Neurológica: rebaixamento do nível de consciência, cegueira ou alterações visuais (escotomas, acidente vascular cerebral, hiperreflexia, cefaleia intensa)

Hematológicas: trombocitopenia, com contagem de plaquetas inferior a 100 mil, ou aumento de lactato desidrogenase (LDH) ou bilirrubinas totais, indicando hemólise.

Outras: como o edema agudo de pulmão, CID.

### **2.3 Factores de risco**

Silva RVG (2015) aponta alguns factores que influenciam para que a gestante desencadeie Hipertensão Arterial, tais são: Situação nutricional;

Primigestação;

Adolescência;

Idade materna avançada;

Mudança de parceiro;

Intervalo prolongado entre as gravidezes;

Baixo nível socioeconômico;

História familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia;

Hipertensão Arterial crônica;

Doença renal crônica;

Diabetes;

Doenças autoimunes;

Gemelaridade;

Neoplasia trofoblástica gestacional;

Obesidade;

### **2.4 Trombofilia / SAAClassificação**

Em uma gestação normal, as artérias espiraladas uterinas são transformadas de vasos de alta resistência em vasos de baixa resistência para prover uma adequada implantação e crescimento do feto e isso se dá pela invasão trofoblástica das camadas arteriais. A doença hipertensiva específica da gestação é um distúrbio obstétrico que aparece após a vigésima

semana da gestação, podendo ser mais acometido no terceiro trimestre estendendo-se até o puerpério. Indicado por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, sendo capaz de culminar com convulsões (VALLE et al, 2008). A hipertensão na gravidez pode ser dada pelos valores referentes de pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg e pode ser classificada em algumas classes, como a pré-eclâmpsia; eclâmpsia; pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica; hipertensão gestacional e hipertensão crônica (BRASIL, 2010), sendo que:

#### **2.4.1 Pré-eclâmpsia**

Por meio das hipertensões relacionadas a gestação, a pré-eclâmpsia influencia de 2% a 3% de todas as gestantes do mundo, sendo relatado cerca de 60 mil mortes a cada ano (IRIGOYEN MC et al, 2008). Ela define-se por valores pressóricos de pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg presentes após a 20ª semana. Caracterizada pelo aumento da força do sangue bombeado pelo coração contra as paredes das artérias, ou seja, já no primeiro episódio o seu aumento é devido factores fisiológicos da doença, a partir daí já se caracteriza por uma má adaptação do organismo materno podendo provocar alterações em alguns sistemas do organismo que após o parto pode voltar ao normal. Tendo os efeitos renais com a redução de sua função causa proteinúria e aumenta a uréia sanguínea. Branden (2000) indica os seguintes efeitos da pré-eclâmpsia:

Efeitos hepáticos: Comprometem a circulação e em alguns casos acontece hemorragia sob o fígado e na cavidade intra-abdominal, e os coágulos de fibrina podem ser formados pelos níveis plasmáticos elevados de fibrinogênio que estão associados à hipertensão gestacional.

Efeitos pulmonares: acometem o edema pulmonar e sangramento intrapulmonar difuso que poderia acometer broncopneumonia as pacientes.

Efeitos placentários: alteram a perfusão uteroplacentária, sendo envelhecimento prematuro, degeneração e calcificação dos tecidos, congestão dos espaços intervilosos e trombozes arteriolares.

Efeitos cardiovasculares: são pressões de enchimento ventricular esquerdo anormais, resistência vascular sistêmica elevada, função ventricular hiperdinâmica, aumento do débito cardíaco e hemoconcentração.

Efeitos hematológicos: acomete a redução das plaquetas, a redução de alguns fatores de coagulação e alteração dos eritrócitos.

Efeitos endócrinos e metabólicos: Alguns hormônios estão normais ou ficam abaixo dos níveis pré-gestacionais.

A pré-eclâmpsia apresenta duas formas de compreensão, a pré-eclâmpsia branda que a gestante poderá realizar o tratamento em casa se a proteinúria e o edema não aumentarem, com o direito da visita de um membro da equipe de enfermagem semanalmente. E a pré-eclâmpsia grave onde a gestante permanece no leito hospitalar em decúbito lateral esquerdo para aumentar as perfusões uterinas e renais facilitando a diurese. (BRANDEN, 2000). Rezende (2005, p.53) diz que.

“(...) quando presente na gestação causa o “espasmo arteriolar, que provoca alterações na parede vascular, representadas por lesão das células endoteliais e redução da circulação dos “vasa vasorum” e conseqüentemente, aumento da permeabilidade capilar e deposição subendotelial de fibrinogênio e plaquetas. Quando o vaso espasmo é agudo e intenso ocorre a hipóxia e a lesão endotelial, seguidas de necrose hemorrágica ao nível dos órgãos atingidos pelo processo, como o fígado, suprarrenais e a hipófise. (...) se for a instalação lenta e progressiva, verifica-se redução de afluxo sanguíneo e de consumo de oxigênio nos diversos órgãos atingidos, onde não se conhece ainda o agente etiológico inicial do processo”

#### **2.4.2 Eclâmpsia**

Pode ser definida através da ocorrência de uma convulsão, no período da gestação ou após o parto, que não esteja interligado com outras condições patológicas relativo ao sistema nervoso central, presente em gestantes com pré-eclâmpsia (AMORIM MRA, et al, 2010). Ou seja, a eclâmpsia é caracterizada pela presença de convulsão tônico crônica generalizada, comumente em mulher com sinais de pré-eclâmpsia, é uma emergência simultaneamente obstétrica e clínica. Pela sua gravidade deve-se mobilizar toda a equipe de saúde para um pronto e adequado manejo inicial com vistas ao melhor prognóstico materno e perinatal. Em até 20% dos casos, a gestante é assintomática previamente, tendo como manifestação inicial a convulsão e/ou coma. Nos demais casos, a convulsão pode ser precedida por sinais e sintomas de eclâmpsia iminente:

Cefaleia persistente, occipital / frontal / difusa, tipo pulsátil, em pressão, latejante e/ou em agulhada e resistente a analgésico. Sintoma mais frequente

Distúrbios visuais – como escotomas, borramento da visão, diplopia, fotofobia até cegueira cortical

Dor em hipocôndrio direito (epigastria) como manifestação de acometimento hepático

Hipertensão arterial grave, mas também pode ocorrer na presença de hipertensão arterial leve ou mesmo sem hipertensão arterial hiperreflexia - clônus como manifestação de envolvimento do Sistema Nervoso Central.

OBS: A convulsão da eclâmpsia é auto-limitada, com duração aproximada de 1 minuto, e não há necessidade de instituir medicação anti-convulsivante específica (p. ex. benzodiazepínico) para cessar a crise. O tratamento de escolha é o MgSO<sub>4</sub> que deve ser instituído imediatamente para a prevenção de novas crises. No caso de crises reentrantes, ou frequentes após a terapêutica instituída, pensar em diagnósticos diferenciais de CTCG (epilepsia, AVCH, entre outros).

### **2.4.3 Hipertensão Arterial Crônica**

Identificada como a hipertensão diagnosticada ou presente antes da gravidez, ou antes de 20 semanas, na mulher que desconhece o diagnóstico. Presença de Pressão Arterial  $\geq 140/90$  mmHg em duas medidas com intervalo 4 horas ou em intervalo de minutos para hipertensão arterial grave ( $\geq 160/110$  mmHg.). Os casos de hipertensão que diagnosticada em qualquer etapa da gravidez, que pode continuar além de seis semanas após o parto, também pode ser abordada como Hipertensão Arterial Crônica (PASCOAL IF, 2002).

### **2.4.4 Hipertensão Gestacional**

Tem um começo e um final. Na mulher pode ter uma elevação de 140/90 mmHg por volta da 20ª semana de gestação e oito semanas após o parto (SILVA RVG, 2015). Pode ser estabelecida como uma situação aparente após a 20ª semana de gravidez, sendo hipertensão arterial sem proteinúria. Sendo que após doze semanas depois do parto as gestantes que teriam sido diagnosticadas com hipertensão gestacional, passam por um novo monitoramento o que renomeia a como hipertensão transitória, se for relatado que a pressão arterial volte aos valores

normais, no entanto caso os valores ainda continuem elevados é abordada como Hipertensão Arterial Crônica (PERAÇOLI JC et al, 2011).

#### **2.4.5 Hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia sobreposta**

Aparecimento de proteinúria na mulher com Hipertensão Arterial Crônica e ausência de proteinúria em idade gestacional < 20 semanas e/ou piora da proteinúria (sugere-se atenção se o aumento for superior a três vezes o valor inicial) e/ou envolvimento de órgãos. O descontrole pressórico (PA  $\geq$  160/110 mmHg) em uso de anti-hipertensivos necessitando associação de drogas anti-hipertensivas sugere investigação de Pré-Eclâmpsia sobreposta.

OBS: Existem duas condições que têm sido discutidas, para incorporação na classificação de hipertensão na gravidez, mas são de difícil diagnóstico, e as recomendações para a prática ainda não estão claras. São elas: hipertensão do jaleco branco ou hipertensão mascarada. No primeiro caso refere-se à presença de hipertensão arterial aferida na consulta médica, com relatório de controle domiciliar da pressão arterial com resultado normal (PA < 135/85 mmHg). No segundo caso define-se pela presença de pressão arterial normal na consulta médica, mas elevada no relatório de 24 horas da pressão arterial.

#### **2.5 Crise hipertensiva**

Comumente define-se como crise hipertensiva a elevação dos níveis pressóricos com PAS  $\geq$  160 mmHg ou PAD  $\geq$  110 mmHg. A ausência de sintomas é considerada como urgência hipertensiva e quando acompanhada por sinais e sintomas passa a ser denominada emergência hipertensiva. Os sinais e sintomas mais frequentes são: cefaleia, alterações visuais, cegueira, dispneia, presença de edema agudo de pulmão e outros que denotam disfunção orgânica.

#### **2.6 Classificação durante a gestação, segundo os níveis:**

Hipertensão arterial leve: PA sistólica  $\geq$  140 mmHg e < 150 mmHg e/ou PA diastólica  $\geq$  90 mmHg e < 100 mmHg;

Hipertensão arterial moderada: PA sistólica  $\geq$  150 mmHg e < 160 mmHg e/ou PA diastólica  $\geq$  100 mmHg e < 110 mmHg;

Hipertensão arterial grave: PA sistólica  $\geq$  160 mmHg e/ou PA diastólica  $\geq$  110 mmHg em única medida ou com intervalo de minutos.

OBS: A hipertensão arterial grave é também referida como crise hipertensiva e deve ser tratada com presteza e com internação clínica.

Em suma, a realização de um pré-natal o mais precoce possível tem como objectivo principal detectar e identificar, durante as consultas, factores de risco, sinais, e sintomas da doença para que possa iniciar um trabalho de conscientização, formando grupos operativos, adequando a comunicação durante a consulta de pré-natal e durante as visitas domiciliares, levando em conta a capacidade de compreensão e cultura, respeitando sempre a individualidade e a necessidade de cada uma, focando sempre a prevenção da doença.

Ressalta-se que a doença hipertensiva na gestação pode ser consequência de um pré-natal inadequado, e, dessa forma, o enfermeiro desempenha uma função importante no acompanhamento, devendo, por isso, trabalhar em conjunto com a equipe de saúde, procurando passar da melhor forma possível conhecimento e os cuidados necessários para prevenção desta patologia.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Na visão de Minayo (2007, p. 44) a Metodologia é vista como “o corpo que orienta a pesquisa que, por meio da obediência a um sistema de normas, faz com que seja possível a selecção e articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica”. Esse trabalho foi estruturado em seis fases distintas: identificação do tema e selecção da questão de pesquisa para a elaboração da descrição; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos seleccionados/categorização dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA & GALVÃO, 2008). A busca nas bases de dados ocorreu entre Outubro de 2022 a Maio de 2023. Considerou-se como critério de inclusão estudos primários e secundários publicados na língua portuguesa vindo de monografias, teses, revistas de artigos, relatórios hospitalares (neste caso, do Hospital Geral do Huambo), literaturas e vários artigos que correspondiam com a temática e publicados até então via internet. Visitou-se as bibliotecas do Sol Nascente do Huambo (e sua livraria) na fase do anteprojecto e mais tarde procurou-se outros espaços como a Mídioteca do Huambo, biblioteca do ISP-Caála e a Biblioteca Provincial do Huambo. Optou-se por utilizar o recorte temporal com a finalidade de apreciar as evidências e tendências mensais relacionadas à temática em estudo.

Para responder à pergunta norteadora de estudo “Quais são as medidas de cuidados de Enfermagem para o manuseamento das mulheres grávidas com Hipertensão Arterial no Hospital Geral do Huambo?” utilizou-se o acrónimo PICO, onde P (População- gestantes com hipertensão); I (Interesse - acções de enfermagem na atenção primária); Co (Contexto-cuidado pré-natal) (ARAÚJO, 2020). O processamento dos dados foi feito com o auxílio da ferramenta informática Microsoft Excel e, na visão de Cervo e Bervian (2002, p. 25) “é uma ferramenta que faz o uso de um conjunto de técnicas que tem por finalidade descrever, resumir, totalizar e apresentar graficamente dados de pesquisa”. Para a determinação do índice das variáveis dos dados obtidos e assim assegurar a situação real e actual desse estudo recorreu-se ao método estatístico, que, antes de tudo, “[...] fornece uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado.” (MARCONI e LAKATOS, 2003. p. 108).

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Tendo em consideração a validade do tema que se investiga, optou-se por uma pesquisa do tipo descritiva, quanto aos objectivos. E no que concerne a abordagem metodológica é caracterizada como qualitativa e quantitativa. Quanto a pesquisa descritiva aponta-se como aquela que busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com a finalidade de torná-lo mais explícito. E conforme ressalta Gil (1999, p. 102) “as pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” Já a forma de abordagem qualitativa-quantitativa permitiu a interpretação dos variados dados colectados e o seu tratamento necessário até chegar à conclusões mais realísticas locais e validar as propostas que se pretendem neste trabalho.

De realçar que a abordagem qualitativa "possibilita aos investigadores a uma série de leituras sobre o assunto a ser estudado, para efeito da apresentação de resenhas, ou seja, efectuar a descrição pormenorizada do que os diferentes pesquisadores já publicaram sobre o assunto e daí, iniciar uma série de correlações para, na continuação, dar-se o parecer conclusivo sobre o assunto.” (OLIVEIRA, 2004, p. 117). Nesta ordem de ideias, conforme afirmam Ludke e André, (1986, p. 11), a pesquisa quantitativa, conforme o nome mostra, “significa quantificar opiniões, dados, sob a forma de colecta de informações, assim como também com o auxílio de recursos e técnicas estatísticas.” Ao falar de pesquisas qualitativas, Deslandes (2002, p. 13) afirma que, “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

### **3.2 Tipo de recolha de dados**

Para a recolha de dados usou-se o inquérito CAP. Este visa avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas de uma população sobre determinado assunto (WHO, 2008). Inquérito CAP é um estudo representativo de uma população específica para colectar informações sobre o que é conhecido, as reacções frente a um evento e as práticas em relação a um tópico específico. Na maioria dos inquéritos CAP, os dados são coletados oralmente por um entrevistador usando um questionário estruturado e padronizado. Esses dados podem então ser analisados quantitativa ou qualitativamente de acordo com os objectivos e o design do estudo.

### **3.3 Métodos usados**

#### **3.3.1 Métodos teóricos**

**Bibliográfica:** Este tipo de recolha visou a obtenção de conteúdos através de artigos, monografias, teses e livros escritos sobre a Hipertensão Arterial na gestação na visão de diferentes escritores/autores.

**Análise documental:** possibilitou a análise dos relatórios dos Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo, dos inquéritos aplicados e outros similares da DNHA sobre Ginecologia e Obstetrícia de Angola.

#### **3.3.2 Métodos empíricos**

Observação directa; Inquérito e a Entrevista.

#### **3.3.3 Aspectos éticos**

Só após o consentimento da Direcção do Hospital e dos técnicos de enfermagem em serviço nos dias em que se fez o estudo é que se aplicou os inquéritos.

### **3.4 Material usado**

Para a elaboração da pesquisa de campo utilizou-se: inquéritos, documentos, material didático e informáticos.

### **3.5 População e amostra**

A população é a colecção de indivíduos que têm características em comum e a amostra é o seu subgrupo, selecionado para o estudo (MATTAR, 2001).

**Tipo de amostragem:** probabilística - é um tipo de amostragem em que cada elemento da população pode ser selecionado para compor a amostra e tem uma chance conhecida e diferente de zero (Idem).

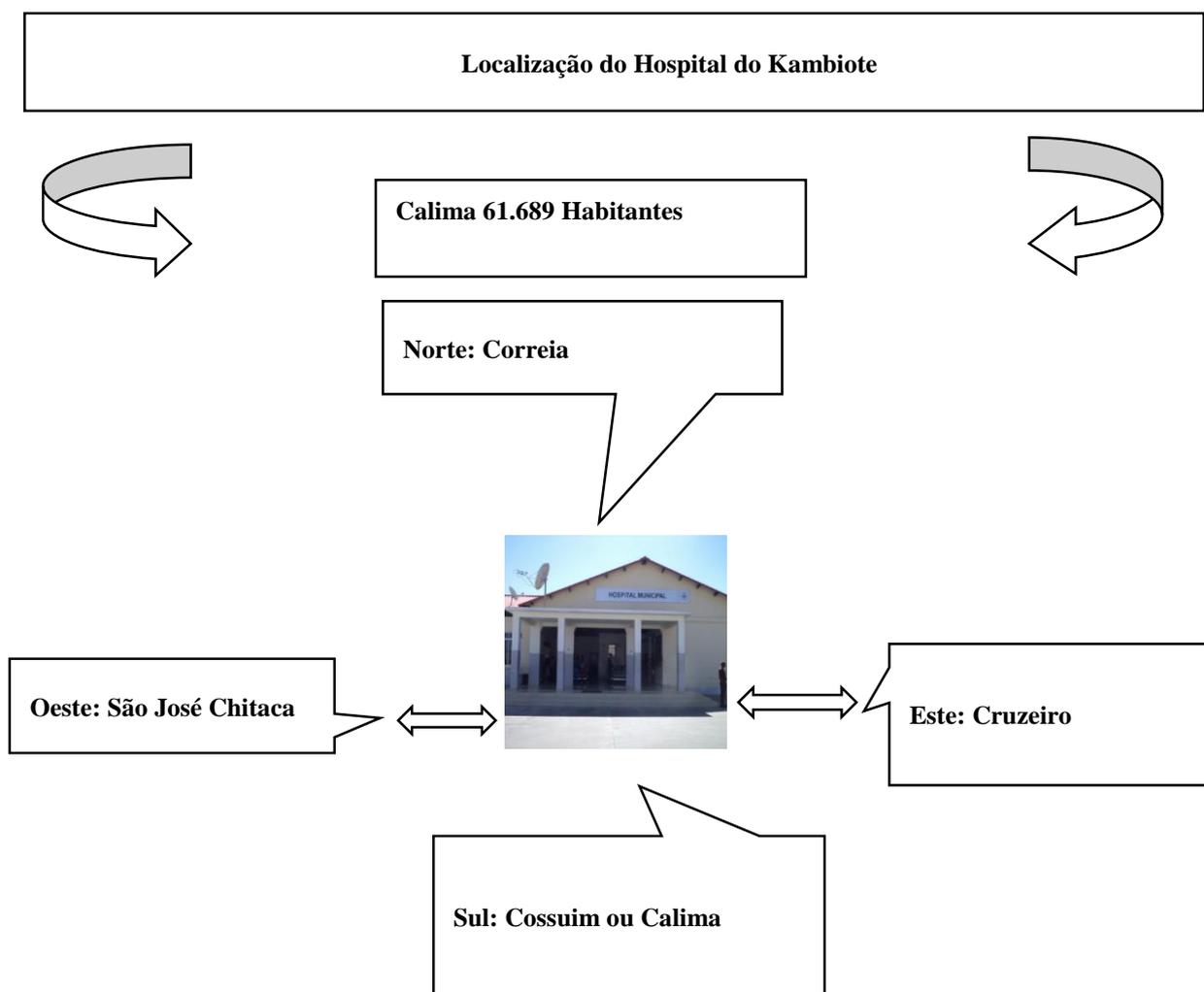
**Critério de amostragem:** aleatória simples – nesta existe uma igual probabilidade de cada elemento da população ser escolhido por meio de sorteio, tal como o foi no local da pesquisa de campo deste estudo (Ibidem).

População	Amostra	Masculino	Feminino	Critério de amostragem	Tipo de amostragem
<b>28 Enfermeiros</b>	14	8	6	Aleatória simples	Probabilística

**Fonte:** População e amostragem da pesquisa de campo no HGH (2023)

#### 4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados por apresentar serviram de base para a comprovação da realidade da problemática em estudo. Para o sucesso da pesquisa, apoiou-se nos dados dos Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo (SMHGH) no período entre fevereiro e Março de 2023 e nos resultados dos inquéritos aplicados aos enfermeiros dos SMHGH afim dese mesurar o perfil dos cuidados de Enfermagem para com as pacientes grávidas com Hipertensão Arterial (HA). O local do estudo actualmente está evacuado no Hospital Municipal do Kambiote, município sede do Huambo, na comuna da Calima por imperativo da reestruturação física e mobiliária da unidade central na ária desses serviços. Por ser a maior unidade hospitalar a nível local, atendendo pacientes de quase todos os municípios e de todos os estratos sociais, foi possível efectuar generalizações. Abaixo, a localização do Hospital Municipal do Kambiote:



Fonte: (Autora, 2023)

Dados de 69 grávidas hipertensivas atendidas segundo os níveis entre os meses de Fevereiro e Março de 2023 para a determinação dos cuidados.

**Tabela 1:** Pacientes atendidas em Fevereiro de 2023 nos SMHGH

Variáveis	N=32	Idades	%
<b>Leves</b>	9	26-28	2.88
<b>Moderadas</b>	7	17-30	2.24
<b>Graves</b>	21	20-40	6.72
<b>Seguidas</b>	8	14-40	2.56
<b>Mortes</b>	6	20-34	1.92
<b>Primípara</b>	22	14-22	7.04
<b>Múltipara</b>	17	17-40	5.44

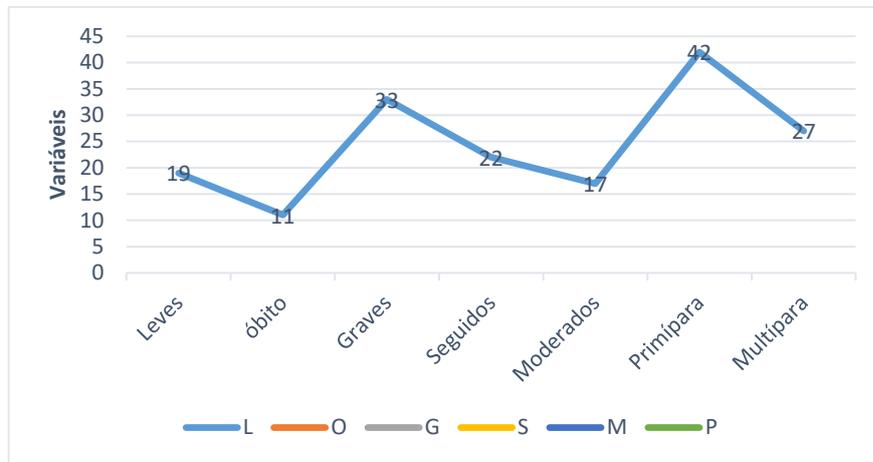
**Fonte:** Dados dos Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo (2023).

**Tabela 2:** Pacientes atendidas em Março de 2023 nos SMHGH

Variáveis	N=37	Idades	%
<b>Leves</b>	10	17-30	3.7
<b>Moderadas</b>	10	18-35	3.7
<b>Graves</b>	12	26-38	4.44
<b>Seguidas</b>	14	26-38	5.18
<b>Mortes</b>	5	22-36	1.85
<b>Primípara</b>	20	17-22	7.4
<b>Múltipara</b>	10	17-40	3.7

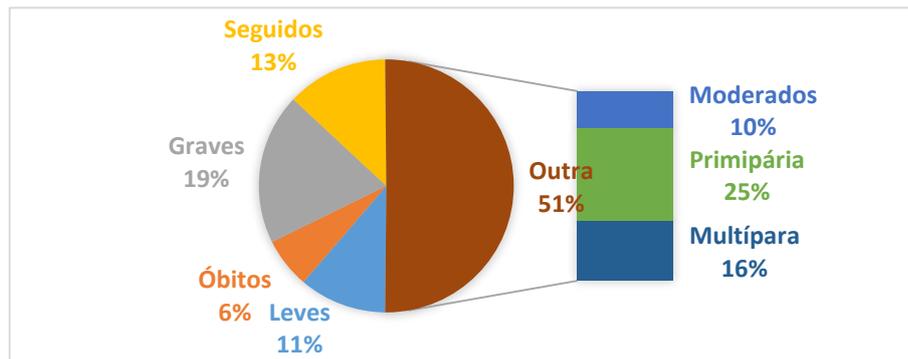
**Fonte:** Dados dos Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo (2023).

**Gráfico 1:** Classificação segundo as tendências entre Fevereiro e Março de 2023.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2023).

**Gráfico 2:** Percentual geral segundo a especificidade obtida em dois meses.



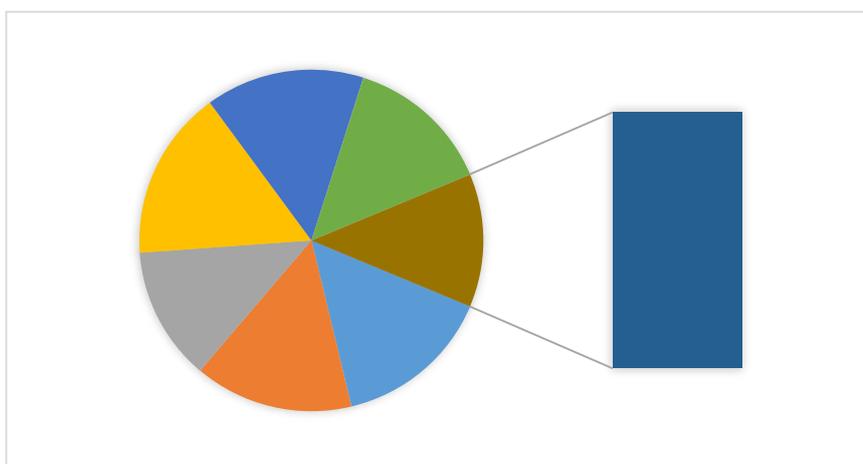
**Fonte:** Dados da pesquisa (2023).

A qualidade assistencial à gestante deve começar no pré-natal com a identificação precoce de alterações na PA. (ALVES, 2001). A falta dessa assistência leva gradativamente que situações graves de Hipertensão na gestação surjam, como é o exemplo das variáveis analisadas nos gráficos acima. Nestes gráficos dos perfis das gestantes com hipertensão na gestação, percebe-se que das mulheres grávidas atendidas no período compreendido entre Fevereiro e Março de 2023, 19 foram diagnosticadas com a hipertensão arterial leve (11%), 17 (dezassete) com Hipertensão Arterial moderada, (10%) e 33 (trinta e três) com Hipertensão Arterial grave indicando o índice mais alto (19%).

Ora, pressupõe-se que apenas 13% da população geral atendida foi seguido e teve conhecimentos sobre a sua situação epidemiológica, o que justifica as complicações consequentes. E da população geral (32+37=69), 6% foi a óbito. Infelizmente, os dados obtidos

não apresentam o número geral de gestantes atendidas nos meses em estudo, sendo apenas aquelas diagnosticadas com Hipertensão Arterial, que aliás, constituem o objecto desse estudo. 27 (vinte e sete) das gestantes são multípara, o que corresponde a 16% da população e 42 (quarenta e duas), correspondendo 28%, são primípara. O resultado encontrado é semelhante aquele observado em estudo realizado por Alves (2001), onde verificou que a maioria das gestantes que participaram do estudo por ele realizado predominou mulheres jovens, que estavam na primeira gestação.

**Gráfico 3** Resultado do conhecimento da Hipertensão Arterial na gestação entre os enfermeiros

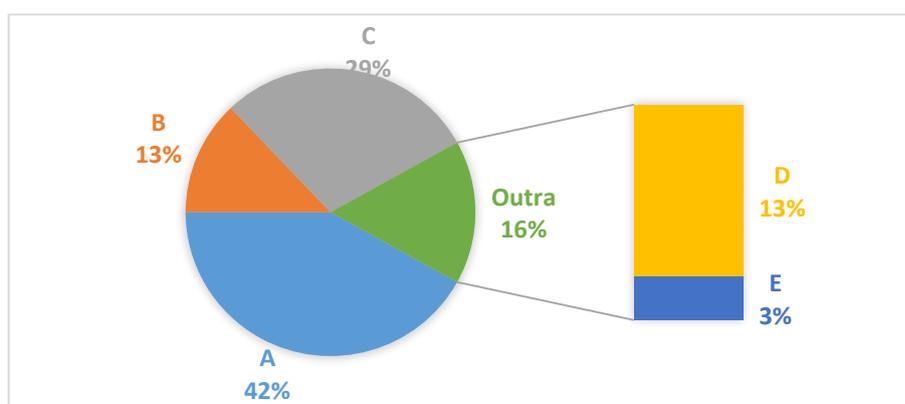


**Fonte:** Dados da pesquisa (2023)

Silva et al (2017) comentam que é de suma importância as intervenções realizadas por profissionais de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária para prevenir a hipertensão na gravidez e na detecção dos sinais e sintomas precoce a fim de prevenir complicações futuras para a mãe e para o feto. Para o inquérito acima ora aplicado aos 14 enfermeiros para a avaliação de seus conhecimentos sobre Hipertensão Arterial na gestação, percebeu-se que 13% mostra possuir conhecimentos sobre a posição epidemiológica da Hipertensão Arterial na gestação no mundo, sobretudo em Angola e que o acompanhamento pré-natal é de suma importância; igual percentagem entende-a por definição. 12% entende sobre a Pré-eclâmpsia e suas implicações, sendo a gestante dever ser referenciada à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2016). E sobre a Eclâmpsia, todos entendem ser ela a terceira causa de morte na África Subsaariana corroborando com a Direcção Nacional Dos Hospitais de Angola (2020),e

neste caso, proceder a internação obstétrica (BRASIL, 2016). 16% sabe dos modos de manejo da pré-eclâmpsia grave e 15%, na íntegra, entende da conduta conservadora por ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas na maternidade e observadas por 24 horas pela equipe médica e de Enfermagem (BRASIL, 2012). E por último, 12%, cogita do modo como se deve administrar a Hidralazina.

**Gráfico 4:** Resultados das atitudes dos enfermeiros frente a pacientes com Hipertensão Arterial na Gestação



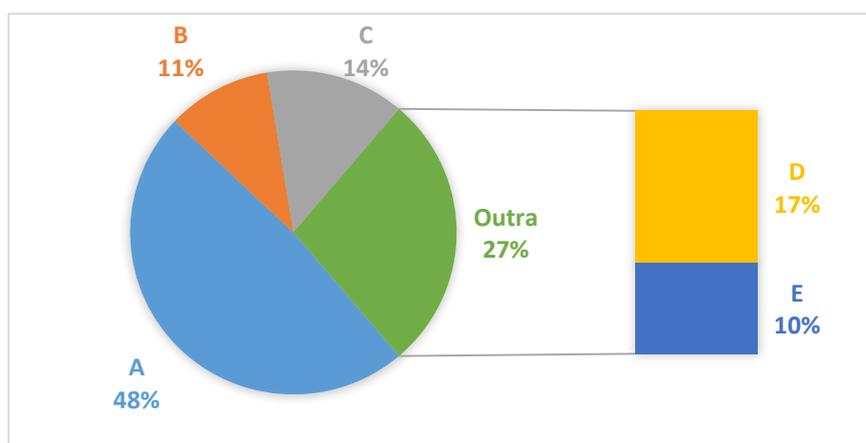
**Fonte:** Dados da pesquisa (2023)

Santos et al (2018) explicam que durante o acompanhamento da gestante nas consultas de pré-natal, a profissional saúde deve ter habilidade para fazer a classificação de risco da gestante e identificar situações de risco e, portanto, prevenir as complicações relacionadas a hipertensão arterial durante a gestação. E isso não é o que se verifica neste gráfico, o que justifica o porquê a maioria não se predispõe a informar os riscos da Hipertensão na gestação à sua equipe.

No gráfico acima, observa-se que 42% da população total, insuficientemente se compromete em orientar as pacientes nos vários domínios do processo gestacional, porque simplesmente acredita que a receita médica pode fazê-lo (explicação extraída de algumas conversas entre o investigador e os inquiridos), sendo o mais perigoso quando o enfermeiro não dá atenção às queixas das gestantes para que satisfatoriamente se veja a situação acalmada e apenas 29% as vezes se dedica a observar o ponto C.

Na visão de Monticelli (2012), a assistência delimitada pelo engessamento do sistema profissional de saúde, mostrando à falta de conhecimento da realidade das mulheres, a inevitabilidade da escuta sincera e genuína, a preocupação centrada na cura do corpo da mãe e do feto, e o cuidado centrado em perspectivas etnocêntricas, centralizadoras e medicamentosa, que são próprias da atenção centrada no ideário da biomedicina por parte dos enfermeiros dificultam a confiança da gestante e de seus familiares na equipe que desconhecem a situação de saúde da gestante e do seu conceito dificultando da sua adesão ao tratamento clínico. Antunes et al (2017) completam explicando que a equipe de enfermagem tem o papel fundamental no manejo das gestantes ao longo de toda a gestação, no que tange a verificação da pressão arterial, altura uterina, peso materno, idade gestacional, edemas, batimentos cardíacos, vitalidade fetal, resultados dos exames de rotina e obstétricos, bem como as orientações quanto o risco da hipertensão para a mãe e feto.

**Gráfico 5:** Distribuição das práticas de enfermeiros sobre hipertensão arterial na gestação.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2023)

A utilização da sistematização da assistência de enfermagem como forma de facilitar a implantação do processo de enfermagem e de direccionar o cuidado a essas gestantes de alto risco, bem como possibilitar o registo sistemático dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, visam não apenas à qualidade da assistência prestada, mas também a ampliação e a visibilidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro, além de favorecer a avaliação de sua prática na assistência prestada a esse grupo de risco (MIF et al, 2010).

Com base na visão de MIF, o quadro acima, apresentando a distribuição das práticas de enfermeiros sobre hipertensão arterial na gestação, o número total da amostra tem exercido a prática frente a pacientes com hipertensão arterial na gestação. 14%, raramente utiliza a agulha

longa e técnica em zigue-zague para a administração IM de sulfato de magnésio; igual número com o mesmo comportamento tem feito o monitoramento dos sinais vitais de 2/2 horas e as vezes 7 (sete) deles fazem o monitoramento do Batimento Cardíaco Fetal, o que é grave. Quando há alterações na Pressão Arterial, apenas 4 (quatro), correspondendo 10%, as vezes tem tido um cuidado para o quadro de convulsões de qualquer tipo.

Em suma, reuniu-se aqui evidências sobre o perfil das gestantes com Hipertensão Arterial durante a gestação, o nível das acções de enfermagem para a prevenção, de cuidados e manejo de gestantes com hipertensão arterial dos enfermeiros dos Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo a partir do inquérito aplicado. Portanto, é de extrema importância propor um guia de cuidados de enfermagem de modo a responder com eficiência e reduzir ao máximo o número de mortalidade como observada no primeiro gráfico.

## **5. PROPOSTAS DE SOLUÇÃO (GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM)**

O trabalho do enfermeiro frente a Hipertensão Arterial na gestação vai desde a identificação da complicação na gestação durante as consultas de pré-natal, a prestação de cuidados às gestantes que precisam ser internadas por agravamento da patologia até ao pós-parto.

Como propostas de guia de cuidados de Enfermagem, indica-se, baseando-se na literatura ora aqui revisada e algumas por apresentar nos passos a seguir, os seguintes mecanismos:

Prestar assistência a gestante e conduzir o pré-natal de baixo risco. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o início precoce do pré-natal é essencial para adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso, o número adequado seria igual ao superior de seis. A internação ocorre em enfermarias das maternidades destinadas ao tratamento de patologias que ocorrem durante a gravidez sob supervisão do Enfermeiro. Neste cenário, o enfermeiro prestará cuidados que atendam às necessidades de saúde da gestante e de sua família.

Internar a paciente quando não é possível controlar a PA com medicamentos por via oral durante o pré-natal, sendo necessária maior vigilância de sinais de agravamento e controles laboratoriais contínuos da condição de saúde da gestante. A qualidade assistencial à gestante deve começar no pré-natal com a identificação precoce de alterações na PA. (ALVES, 2001).

Manter a paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE); prover monitoração contínua da paciente, atentando-se para pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e saturação de oxigênio; atentar-se para queixas como cefaleia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas e vômitos; atentar-se para a presença de edema generalizado; atentar-se para o padrão urinário; manter monitoração fetal de acordo com a idade gestacional e no uso de medicamentos anti-hipertensivos e é direcionado para prevenção de complicações(VETTORE, 2011).

Na pré-eclâmpsia, a gestante deve ser referenciada à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco, já em caso de eclâmpsia proceder a internação obstétrica (BRASIL, 2016). As gestantes com diagnóstico de pré-

eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais.

Avaliar necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação. A conduta conservadora pode ser adoptada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas na maternidade e observadas por 24 horas pela equipe médica e de Enfermagem (BRASIL, 2012).

A tabela abaixo apresenta as recomendações da Organização Mundial da Saúde, indicando três fases de cuidados de Enfermagem aplicados à gestantes hipertensas durante e após parto em que os profissionais de saúde angolanos devem educar e incentivar na prática clínica de prevenção e gestão:

**Tabela 3:** Prática clínica para a prevenção e gestão da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia (pe/e)<sup>1</sup>

Durante os cuidados pré-natais		
Práticas recomendadas	Práticas NÃO recomendadas	Implicação da prática
<b>Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a ingestão de cálcio é baixa (&lt;900 mg/dia).</b>	Suplementação de vitamina D durante a gravidez. Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a deficiência de cálcio não está presente.	Fornecer cálcio à todas as mulheres com baixa ingestão de cálcio e dose baixa de ácido acetilsalicílico a grupos selecionados para a prevenção da PE/E. Embora a suplementação de vitaminas possa ser útil para outras condições de saúde, não forneça vitaminas C, D ou E a gestantes como
<b>Dose baixa de ácido acetilsalicílico (aspirina, 75 mg) para a prevenção da pré-eclâmpsia em</b>	Suplementação individual ou combinada de vitamina C e vitamina E.	

<sup>1</sup> Um relatório completo das recomendações pode ser encontrado em Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf)), e uma lista completa das evidências que sustentam estas recomendações pode ser encontrada na publicação Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia: base das evidências ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.25\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.25_eng.pdf)).

<b>mulheres com alto risco de desenvolver a condição.</b>		parte de uma estratégia para a prevenção da PE/E
<b>Fármacos anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão grave.</b>	Uso de diuréticos, particularmente as tiazidas, para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.	Administre fármacos anti-hipertensivos, mas não diuréticos, em gestantes com hipertensão grave
	Aconselhamento para repousar em casa.	Não aconselhe o repouso em casa nem a restrição dietética na ingestão de sal para gestantes com a intenção de prevenir a pré- eclâmpsia ou suas complicações.
	Repouso estrito no leito para gestantes com hipertensão (com ou sem proteinúria).	
	Restrição da ingestão de sal alimentar.	
<b>Em mulheres com pré-eclâmpsia grave, se houver um feto viável e a gravidez tiver menos de 37 semanas de gestação, a gestão expectante pode ser considerada, considerando que não ocorram problemas como hipertensão materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal e que as condições possam ser monitoradas.</b>		Para uma mulher com pré-eclâmpsia grave durante a gravidez pré-termo (< 37 semanas), os clínicos podem monitorar a mulher se: (1) a pressão arterial dela estiver sob controle; (2) não houver sofrimento fetal; e (3) não houver sinais de disfunção orgânica materna. Durante este período de gestão expectante é necessária uma monitoração contínua.

<b>Durante o trabalho de parto e o próprio parto</b>	
<b>Práticas recomendadas</b>	<b>Implicação da prática</b>
<b>A indução do trabalho de parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave em idade</b>	

<p>gestacional quando o feto não é viável ou tem pouca probabilidade de se tornar viável em uma ou duas semanas.</p>	
<p><b>Antecipar o parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave a termo.</b></p>	<p>Antecipe o parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave distante do termo, quer o feto seja ou não viável.</p>
<p><b>O sulfato de magnésio, em detrimento de outros anticonvulsivantes, é recomendado para a prevenção da eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave.</b></p>	
<p><b>Sulfato de magnésio, em detrimento de outros anticonvulsivantes, para o tratamento de mulheres com eclâmpsia.</b></p>	
<p><b>O regime completo de sulfato de magnésio administrado por via intravenosa ou intramuscular para a prevenção e tratamento da eclâmpsia.</b></p>	<p>O sulfato de magnésio é o anticonvulsivante eleito para mulheres com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia. Se possível, administre um regime completo de sulfato de magnésio em mulheres com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave. Se a administração de um regime completo não for possível, essas mulheres deverão receber a dose de ataque de sulfato de magnésio e ser imediatamente transferidas para uma unidade de cuidados de saúde de nível superior para tratamento adicional.</p>
<p><b>Para mulheres com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, nas situações em que não é possível administrar o regime completo de sulfato de magnésio, use uma dose de ataque de sulfato de magnésio seguida da transferência imediata para uma unidade de cuidados de saúde de nível superior.</b></p>	
<p><b>Durante a atenção no pós-parto</b></p>	
<p><b>Práticas recomendadas</b></p>	<p><b>Implicação da prática</b></p>
<p><b>Administração contínua de fármacos anti-hipertensivos durante o período pós-parto em mulheres tratadas com fármacos anti-hipertensivos durante os cuidados no período pré-natal.</b></p>	<p>Trate as mulheres com fármacos anti-hipertensivos durante o período pós-parto se elas: (1) tiverem hipertensão grave pós-parto; ou (2) tiverem sido</p>

**Fármacos anti-hipertensivos para mulheres com hipertensão grave pós-parto.**

tratadas com fármacos anti-hipertensivos durante a gravidez.

Essas práticas se observadas por todos os profissionais de saúde, sobretudo pela equipe de enfermagem pode, de maneira eficaz, ser um guia de intervenção clínica muito contundente. Por isso, sugere-se que ao analisarmos esse quadro recomendado pela OMS, a nossa atenção deve centra-se no contexto em que se aplica tais procedimentos clínicos. Em Angola, a situação das gestantes hipertensas são intervencionadas observando essas recomendações. Entretanto, sua prática nos diversos órgãos hospitalares não são bem seguidas, o que tem despoletado em óbitos muito elevados.

**Fonte:** (Autora,2023)

### **Cuidados de Enfermagem**

#### **Como fazer durante o pré-natal:**

Realizar no mínimo as seis consultas pré-natal;

Realizar a classificação de risco da gestante em todas as consultas;

Identificar e avaliar os factores de risco para hipertensão, patologias de base e outros problemas;

Realizar o exame físico completo da gestante;

Verificar a pressão arterial e frequência cardíaca, mensuração do peso e altura, cálculo de IMC, avaliação de edemas, ausculta cardiopulmonar, altura uterina, idade gestacional, batimentos cárdiofetais, apresentação fetal, vitalidade fetal;

Solicitar os exames de rotina do pré-natal;

Analisar e interpretar o resultado dos exames solicitados (exames complementares, ginecológicos e ultrassonografia obstétrica);

Encaminhar gestantes hipertensas para controle ambulatorial da pressão arterial semanal, se necessário;

Encaminhar gestante hipertensa para o pré-natal de alto risco, quando necessário;

Prevenir complicações relacionadas com a hipertensão como pré-eclâmpsia e eclâmpsia;

Orientar quanto o risco hipertensão para a mãe e para o feto;

Orientar quanto o uso regular das medicações Anti-hipertensivas.

Salienta-se a importância da parceria e da confiança entre enfermeiro e a gestante visando, se possível, a prevenção e quando não, o controlo da pressão e alerta das alterações. Por isso, os profissionais de saúde que actuam no pré-natal devem sempre avaliar o conhecimento, a cultura, as necessidades, as expectativas, os anseios e a participação das gestantes, para que acções mais eficazes e de qualidade sejam planeadas e implementadas. Afinal, a hipertensão pode ser consequência de um pré-natal inadequado e o enfermeiro deve, portanto, procurar actuar em conjunto com a equipa, com a família e com a gestante para adequar a assistência durante o pré-natal de modo a possibilitar a prevenção e ou a redução de risco de complicações à saúde materna e fetal.

### **5.1 Como acompanhar as gestantes com hipertensão gestacional:**

Conduta:

Reduzir intervalo entre consultas (máximo sete dias).

Alertar sobre sintomas relacionados à hipertensão como cefaléia, distúrbios visuais ou dor epigástrica.

Pesquisar proteinúria (fita) em todas as consultas

Caso tenha PROTEINÚRIA POSITIVA: ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA PRONTO SOCORRO DA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO.

Pré-eclâmpsia:

Formas de predição: Até o ano de 2004, não havia evidências de utilidade ou eficiência de algum teste para a predição de pré-eclâmpsia.

Uso de AAS em baixas doses (100 mg por dia):

Levando-se em conta que estudo de metanálise identifica uma redução de 10% do risco de Pré-eclâmpsia, que em nosso meio é condição com elevada frequência e que causa elevadas morbidade e mortalidade materna e perinatal, acreditamos ser justificada sua utilização de forma genérica apesar da discreta redução de riscos em termos individuais, mas com possível elevado impacto em termos de saúde pública.

Recomenda-se o uso diário de 100 mg de AAS para todas as gestantes, excepto para assecundigestas ou multigestas, sem primipaternidade actual e sem nenhum outro factor de risco para pré-eclâmpsia, iniciando ao redor de 12 semanas até 35 semanas.

Cálcio:

Recomendar o aumento da ingestão diária de cálcio (pelo menos 1,0 grama ao dia) para toda a população de gestantes, particularmente as hipertensas crônicas, através da dieta (leite, queijo branco, etc.).

Fatores de risco:

Primigestas e Nulíparas

Primipaternidade

Idade materna > 40 anos

História familiar de Pré-eclâmpsia

Hipertensão Arterial Crônica

Obesidade (I.M.C. > 35)

Diabetes melito pré-existente

Gestação gemelar

Antecedentes pessoais de Pré-eclâmpsia grave ou Eclâmpsia ou HELLP Síndrome

Ausência de redução da PA no segundo trimestre da gravidez

Pressão Arterial Diastólica entre 80 e 89 mmHg na primeira consulta

Presença de Anticorpo Antifosfolípide.

**Critérios Diagnósticos:**

PROTEINÚRIA SIGNIFICATIVA (+ em fita ou 1,0 g em amostra isolada ou 300,0 mg em urina de 24 horas) Suspeitos:

Elevação da pressão arterial em relação às últimas consultas.

Instalação de edema e/ou ganho ponderal excessivo (+ de 1.000g) em relação à última visita semanal.

**Critérios de gravidade:**

PA > ou = a 160 x 110 mmHg.

Proteinúria > 2g/24h.

Creatinina plasmática > 1,2.

Plaquetas < 100 mil.

Elevação de transaminases.

Sintomas cerebrais.

Dor epigástrica.

Conduta:

Encaminhamento imediato para pronto socorro da maternidade de referência para alto risco.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC)**

Hipertensão arterial prévia a gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas:

HAC LEVE: 90 < PAD < 100 mmHg

HAC MODERADA: 100 < PAD < 110 mmHg

HAC GRAVE: PAD igual ou maior que 110 mmHg

Prognóstico:

A mortalidade e morbidade materna e perinatal é proporcional ao nível inicial da PAD.

De modo geral HAC leve e moderada têm desempenho semelhante à população geral.

Encaminhar de imediato para unidade de risco quando:

PAD maior ou igual a 110 mmHg (Pronto Socorro se sintomática).

Antecedentes obstétricos com presença de: prematuridade, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, internações por emergência hipertensiva e/ou eclâmpsia, morte perinatal.

Recomendações para seguimento pré-natal para pacientes hipertensas leves ou moderadas:

Corrigir eventuais excessos de sal na dieta (não há benefícios na dieta hipossódica) -  
Ministrar metildopa 750 mg/dia (dose máxima 2,0 g/dia), com intervalos de 6 a 8 horas entre as tomadas (não prescrever doses inferiores a 750 mg ou intervalos maiores que 8 horas).

Se necessário adicionar 25 a 50 mg/dia de hidroclortiazida.

O objetivo do controle clínico é PAD < 100 mmHg.

Além dos exames de rotina avaliar creatinina plasmática (se > 1,2 mg/dl, encaminhar).

Solicitar ultrassom mais precoce possível para confirmação da idade gestacional.

Observar crescimento fetal pela altura uterina e por ultra-som entre 28 e 32 semanas.

A partir de 36 semanas avaliar movimentação (mobilograma OK = seis movimentos a cada hora)

Em todas consultas avaliar resposta cardíaca fetal ao estímulo mecânico (acelerações evidentes em 10 minutos de avaliação têm a mesma validade que as acelerações registradas na cardiotocografia).

Encaminhar para unidade de risco após 38 semanas ou diante de alguma suspeita clínica.

Sugere-se ainda o guia abaixo como passos a avaliar às gestantes que se apresentam na unidade hospitalar e que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve examinar usando a técnica de Teresina/P (2021).

OBS: Orientações: N – Indica a variação entre as idades. % - Indica o índice das variáveis. Exemplo:

Tabela 4 Exemplo de levantamento de perfil da população a diagnosticar

Sugere-se ainda o guia abaixo como passos a avaliar às gestantes que se apresentam na unidade hospitalar e que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve examinar usando a técnica de Teresina/P (2021).

OBS: Orientações:N – Indica a variação entre as idades.% - Indica o índice das variáveis.

**Tabela 4:** Exemplo de levantamento de perfil da população a diagnosticar

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Faixa Etária	
<b>Escolaridade</b>	
<b>Sem escolaridade</b>	
<b>Ensino básico completo</b>	
<b>Ensino médio completo</b>	
<b>Ensino superior</b>	
<b>Situação conjugal</b>	
<b>Solteira</b>	
<b>Casada-maritalmente</b>	
<b>Divorciada/ viúva</b>	
<b>Renda familiar (Salário mínimo)</b>	
<b>Abaixo de ...</b>	
<b>Gravidez</b>	
<b>Primípara</b>	
<b>Múltipara</b>	
<b>Factores de risco</b>	
<b>Hipertensão arterial crônica</b>	
<b>Sedentarismo</b>	
<b>Sobrepeso/ Obesidade</b>	
<b>Gestação gemelar</b>	
<b>Diabetes Melitus</b>	

**Fonte:** Universidade Estadual De Campinas (2020).

Sugere-se também o plano de acção para os profissionais de saúde na actuação com as gestantes. Este é o planeamento de todas as acções necessárias para atingir um resultado desejado e deve ser elaborado considerando as demandas e avaliações dos usuários de acordo

com o ambiente, respeitando o nível sócio-económico e cultural em que estão envolvidos. O objectivo deve ser o de oferecer uma assistência padronizada, visando à prevenção e promoção à saúde bem como a diminuição de agravos à saúde das gestantes. Que o plano seja baseado nos princípios apontados por Campos, Faria e Santos (2010), isto é, a partir do problema priorizado pela equipe de saúde, tal seja “deficiência na realização do pré-natal” e devem ser elencados os “nós” críticos, os resultados esperados, os recursos necessários para sua operacionalização, os responsáveis e o prazo de execução, conforme demonstrado na tabela5. **(Ver anexo A).**

## 6. CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica feita sobre a problemática estudada consigna realmente a necessidade de se propor um guia de cuidados de enfermagem para as gestantes com Hipertensão Arterial, por ser tratar de um caso de vulnerabilidade, levando um número considerável de mortes no mundo. A implementação de protocolos de acções de Enfermagem que visam a prevenção e manejo da Hipertensão Arterial durante o pré-natal, constitui o passo mais importante, porquanto antes do tratamento de qualquer doença está a sua prevenção e o caso do estudo em questão não escapa a regra. O incentivo ao auto-cuidado e as orientações acerca das mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis são a base da eficácia e do bom manejo.

Os dados provenientes do Hospital Geral do Huambo, nos meses de Fevereiro e Março de 2023, comprovam e julgam o procedimento de vários profissionais de saúde, sobretudo a classe de enfermeiros, a forma habitual de sua actuação e, consequentemente, as implicações demonstradas. Os dados indicam que é significativo o percentual de mulheres jovens com hipertensão durante a gestação, assim como a existência de factores de risco entre elas. O sedentarismo, o consumo de bebidas alcólicas, a dieta inadequada, a insuficiente actividade física, o nível sócio-económico abaixo da média (o salário mínimo estipulado pelo Estado angolano não satisfaz) e acima disso o desemprego e as correrias diárias a que muitas mulheres gestadas são submetidas, a primariedade, baixa escolaridade, entre vários factores que não são abonatórias para o controlo da Hipertensão Arterial durante a gestação, são as causas mais comuns em Angola, como afirma a Direcção Nacional dos Hospitais de Angola (2020).

Para além dos dados dos meses em análise, os resultados dos inquéritos aplicados comprovam, de igual modo, que muitos dos enfermeiros têm conhecimentos da gravidade da Hipertensão Arterial na gravidez. Entretanto, não cumprem na íntegra com os protocolos dos cuidados de enfermagem para com essas mulheres vulneráveis, o que pode justificar a cifra dos 6% de óbito obtido em apenas dois meses. Isso é trágico, se revisto a missão e o compromisso que os profissionais de saúde “juraram” com a profissão. Cogita-se a insuficiente aplicação de normas rigorosas na penalização de casos que abarcam desdém do profissional no exercício da sua nobre tarefa. No entanto, há ainda alguma “felicidade” sabendo que alguns profissionais ainda têm sido enfermeiros exemplares e que se isso se reforçar, objectivo indirecto deste trabalho, o número pode aumentar e por conseguinte, a sua aplicação

educará e incentivará todos os profissionais de saúde e, sobretudo, os enfermeiros a observação dos passos aqui propostos.

A realização desta investigação possibilitou mostrar que é fundamental a observação do guia de cuidados de enfermagem em mulheres grávidas com hipertensão, a fim de se prestar um cuidado integral à gestante hipertensa, e desenvolver acções de conscientização acerca do auto-cuidado, controlo da pressão arterial, acompanhamento ambulatorial, realização de exames e consultas de rotina. Em relação àquilo que é crucial nas intervenções de enfermagem, envolvem o controlo da Hipertensão Arterial, acolhimento, suporte emocional e espiritual para as gestantes e seus familiares, e no desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para a redução da ansiedade e estresse, e incentivo à prática de actividade física, orientação quanto o uso das medicações, controlo e acompanhamento do peso corporal e controlo nutricional.

Espera-se que as acções sistematizadas aqui possibilitem que a equipe de saúde, sobretudo de enfermeiros, possa transmitir, com segurança, as informações necessárias às gestantes, aumentar o vínculo entre ambas e, juntamente, aprendam a reconhecer e detectar precocemente as alterações que ocorrem durante o período gestacional, podendo assim evitar os agravos que possam aparecer nesse período.

## 7. REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Livros

BARROS, S.M.O de. Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal. São Paulo: Editora Manole, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; F, H. P.; S, M. A. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2010.

CORREIA, M.D. Noções Práticas de Obstetrícia. 12. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e Cultura Médica, 2004.

ENDACOTT J. Pilates para grávidas: exercícios simples e seguros antes e depois do parto. 1.ed. Barueri: Manole; 2007.

FUSTINONI, Síndromes hipertensivas na gravidez. In. BARROS, Sonia Maria Oliveira. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri SP: Editora Manole; 2006.

GIL, A. C. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo; 1986.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V.(2004) Metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. (1996). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas.

MARTINS, J.A. Patologia Obstétrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2007.

MELSON, K. A. et al. Enfermagem Materno-Infantil - Planos e Cuidados. 3. ed. . Rio de Janeiro: Editora Ruch e Afonso, 2002.

SCHIMMER BP, P. KL. Contracepção e Farmacoterapia de Distúrbios ginecológicos e obstétricos. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman. 12.ed. São Paulo.

VIGGIANO, M.G.C. Condutas em Obstetrícia. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2002

REZENDE, J. de. Obstetrícia Fundamental. 10. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.  
\_\_\_\_\_ 2011.

ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. Enfermagem Obstétrica. 8. ed. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2005.

#### **Artigos e revistas**

ABRAHÃO, A. C. M, et al. Actuação do enfermeiro a pacientes portadoras de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”, 6 (1),51- 63: 2020.

ALMEIDA, G. B. S. e SOUSA, M. C. M. O Conhecimento da Gestante sobre a Hipertensão na Gravidez. Rev. APS. 19 (3), 396-402. 2016.

ANTUNES, M. B, et al. Síndrome Hipertensiva e Resultados Perinatais em Gestação de Alto Risco. Reme Rev. Min. Enfermagem; 2017. 23,1-5.

ARAÚJO, I. F. M., SANTOS, P. A. e FRANKLIN, T. A. Síndromes Hipertensivas e fatores de risco associadas a gestação. Revista de Enfermagem, 10 (11), 2017, 4254-4262.

COUTINHO, T et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, 32 (11), 563-569; 2010.

FERRAZ, L. N. de S. LIPPI, U. G. A percepção das usuárias nas consultas medicas e de enfermagem durante o pré-natal no programa de Saúde da Família. Revista Saúde Coletiva. v. 36.n.6, dezembro 2009.

GADONSKI G, Irigoyen MC. Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. *RevSocBras Hipertensão*. 2008 jan 14;11(1):4-8.

GASPARIN, V. A, et al. Atividade Física em Gestantes como Prevenção da Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Rev. Enferm UFPE Online*, 12 (4), 1017-1026. 2018

GONZÁLEZ, A. I. I, et al. Resultados perinatales en gestantes con trastornos Hipertensivos de embarazo, Hospital Regional Santa Teresa. *Rev. Med. Hondur*, 84, (1), 13-17. 2016.

JACOB, L. M. S. Conhecimento de Gestantes Sobre a Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 24 (86), 1-8. 2018.

KERBER, G. F. & MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Revista Cuidarte*, 8(3),1899- 1906. 2017.

MARIANO, M. S. B. et al. Mulheres com Síndromes Hipertensivas. *Revista de Enfermagem*, 12(6), 1618-1624; 2018.

MARTINS, A. B. T. et al. Adesão da Gestante ao Exercício Físico para a Prevenção e/ou Controle do Risco da Síndrome Hipertensiva. *Rev. Bras. Promoção Saúde*, 29(0), 25-35; 2016.

NASCIMENTO, A. A. J. et al. Hipertensão Materna e baixo peso ao nascer: Estudo caso-controle em dois municípios do semiárido Nordestino. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40 (1), 93-107; 2017.

NÓBREGA, M. Fat et al. Perfil de gestante com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública. *Revista de Enfermagem*, 5(10), 1805-1811; 2016.

NOVO, J. L. V. G. & Gianini, R. J. Mortalidade materna por eclampsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10 (2) , 209-217; 2010.

PEREIRA, G. T. et al. Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna por Hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. *Rev. Fund. Care Online*, 3(9), 653-658; 2017.

REZENDE, G. P. et al. Maternal and Perinatal Outcomes of Pregnancies Complicated by Chronic Hypertension Followed at a Referral Hospital. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 42 (5), 248-254; 2020.

SOLBIATI, V. P. et al Adesão ao Tratamento para Prevenir Agravos Relacionados a Hipertensão Arterial e ao Diabetes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12 (73), 629-633; 2018.

SAMPAIO, A. F. S., ROCHA, M. J. F. & LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 18 (3), 565-575; 2018.

SILVA, A. M. et al. O Enfermeiro Perante a Hipertensão Gestacional. *Revista Iniciar*, 2 (1), 22-26; 2017.

SILVA, M. P. et al. Avaliação das condutas de prevenção da Síndrome Hipertensiva Específica da gravidez entre adolescentes. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11 (4), 57-65; 2010.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/Eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 31 (11), 566-573; 2009.

THULER, A. C. M. C. Medidas Preventivas das Síndromes Hipertensivas da Gravidez na Atenção Primária. *Rev. Enferm UFPE Online*, 12 (4), 1060-1071; 2018.

### **Material da internet**

ANGOLA, Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS), Principais Resultados, 2015-2016 (acesso na internet em 5 de Maio de 2023).]

BRINGMANN, N.V. Hipertensão na gravidez, 2004. Disponível em: <http://www.Maringásaude.com.br/drnevtan/hipertensaonagravidez.shtml>>. acesso em 15/05/2023.

DELGADO GPS. Hipertensão Arterial Na Grávidas: como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria da qualidade de vida das grávidas hipertensas [monografia] [internet]. Mindelo: Universidade do Mindelo; 2014. [Acesso em 2023]. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3518/1/Delgado.2014.%20Hipertens%C3%A3o%20arterial%20na%20gravidez>.

LIMA, J. P. et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33813>, 2018. Acesso em: 02 4. 2023.

NETO CN, Souza ASR, Amorim MRA. Tratamento da pré- eclâmpsia baseado em evidências. *RevBrasGinecolObstet* [internet]. 2010 [acesso em 2023]; 32(9):459-468. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010000900008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000900008)

PASCOAL IF. Hipertensão e gravidez. *RevBrashipertens* [internet]. 2002 [acesso em 2023]; 9(3):256-261. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf>.

PEIXOTO MV, MARTINEZ MD, VALLE NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. *Rev Edu Meio Amb e Saúde* [internet]. 2008 [acesso em 2023]; 3(1):208-22. Disponível em: [http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)208a222](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)208a222).

SILVA RVG. Doença hipertensiva específica da gestação – Projeto de intervenção para trabalhar com as gestantes do território da estratégia saúde da família no município de Pedra do Anta – Minas Gerais [monografia] [internet]. Conselheiro Lafaiete: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. [Acesso em 2023]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/5097.pdf>

SIQUEIRA F. et al. Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. *Com Ciências Saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2023]; 22(1): 55-67. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/136941>

SOUSA, L. M. M. S., et al. Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. <https://www.researchgate.net/publication/321319742>; 2017.

## **Artigos**

ANGOLA, Direcção Nacional dos Hospitais, Doenças Hipertensivas Graves, Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, Protocolo N° 07, páginas 10.

ARAÚJO, W. Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, 3(2),100-134.2020.

ASSIS, T. R., VIANA. F. P, &RASSi, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. *Arq. Bras. Cardiol*, 91(1), 11-17.2008.

CAMPINAS, Universidade Estadual, Hospital da Mulher – CAISM Divisão De Obstetrícia- Síndromes Hipertensivas na Gestação, Atualização Set/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco. Manual técnico. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CAMPOS, Shirley. Hipertensão/Pressão Alta - Desordem Hipertensiva na Gravidez exige Rigorosa Identificação de Fatores de Risco. 2005.

COSTA, et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *CogitareEnferm*, 2016.2 (21), 2- 7.

FASSARELA, B. P. A, et al. Cuidados de Enfermagem Direcionados à Gestante Portadora de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. *ResearchSocietyAndDevelopment*;2020.

GONÇALVES, G. A. et al. Aspectos Sociodemográfico, clínico-obstétrico e laboratorial na Síndrome Hipertensiva na gravidez. *Cuidarte Enfermagem*, 13 (1), 2019.

MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P. & GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764; 2008.

MORAIS, N. H. N., Soares, F. A. F., Anjos, S. V., Nascimento, E. F. & Santos, J. P. (2018). Fatores relacionados a ocorrência da hipertensão no período gestacional. *ReonFacema*, 4, (3), 1231-1237.

PERAÇOLI, J.C. E PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de novos casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 27, n.10, p. 627-634, 2005.

PERAÇOLI, J. C. et al. Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 41, 318-332; 2019.

ROCHA, E. S. S. et al. Sistematização da Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em Adolescentes. *Reinpec*, 2 (2), 209-227; 2016.

SANTOS, L. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 23 (2), 617-625; 2018.

SOUSA, M. G. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. *Einstein*, 18, 1-7; 2020.

SPINDOLA, T., LIMA, G, L, S, & CAVALCANTI, R, L. A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um Hospital Universitário. *JournalOfResearch Fundamental Care Online*, 5 (3), 235-244; 2013.

SOUSA, M. G. et al. Epidemiologia Hipertensão arterial em gestantes. *Einstein*, 18. [http://dx.doi.org/10.1744/einstein\\_journal/2020AO4682](http://dx.doi.org/10.1744/einstein_journal/2020AO4682).

TUON, R, A. et al. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2016.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do. *Cad. Saúde Pública*, 27 (5), 1021-1034:2011.

## **8. ANEXOS**

### **ANEXO A: Plano de acção**

Fonte: Universidade Estadual De Campinas (2020)

“NÓS CRÍTICO”	OPERAÇÃO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSARIO
Pequeno nível de informação	Aumentar o nível de informação das gestantes sobre a importância da realização de um pré-natal de qualidade	Conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal para evitar o aparecimento de agravos	Capacitação dos profissionais  Formação de grupos operativos	Cognitivo: estratégia para pass informação sobre o tema  Político: mobilização da socieda  Organizacional: espaço adequad  materiais para executar a capacitação
Consulta de enfermagem com demanda espontânea	Melhorar o atendimento às gestantes	Melhora do acompanhamento das gestantes e avaliação dos fatores de risco	Padronização dos atendimentos às gestantes	Organizacional: conhecimento so o assunto
Capacitação deficitária da equipe	Oferecer capacitação à equipe de saúde	Melhorar a abordagem às mulheres durante visitas domiciliares	Captação precoce e Melhora no acompanhamento do pré-natal	Organizacional: espaço para real a capacitação Cognitivo: estraté de comunicação
Baixo interesse dos Educadores sociais	Acompanhar os Educadores sociais em visitas domiciliar à gestantes	Maior assistência durante as das visitas domiciliares.	Prover incentivos como prêmios para os Educadores sociais e gestantes que participarem dos encontros em grupos operativos	Cognitivos: conhecimento sobr realização e acompanhamento pré-natal Político: mobilizaçã social

Capitação tardia da gestante	Melhorar o acompanhamento do pré-natal	Melhorar a assistência e cobertura o pré-natal	Divulgação sobre a importância da realização do pré-natal com início precoce na prevenção de agravos	Político: estratégia para melhoria participação das mulheres em grupos operativos
Centralização das consultas no médico	Realização da consulta de pré-natal pelo enfermeiro	Aumentar vínculo com a equipe e consequentemente e melhorar adesão ao pré-natal	Implantar ações para nortear o acompanhamento do pré-natal	Cognitivo: conhecimento adequado sobre o assunto
Adesão ao pré-natal	Aumentar a adesão ao pré-natal	Capitação precoce da gestante.	Realizar no mínimo 6 consultas de pré-natal	Cognitivo: busca activa Organizacional: recursos humanos

## 9. A PÊNDE A: Cronograma

### APÊNDE B

Actual localidade onde foi evacuado os Serviços de Maternidade do Hospital Geral do Huambo.

**Figura 1:** Hospital Municipal do Huambo, Kambiôte

Etapas	ANO 2022-2023																			
	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julh	
	Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas		Quinzenas			
	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	
Escolha do tema	x																			
Bibliográfico	x	x	x	x	x	x														
Elaboração do anteprojeto					x	x														
Apresentação do projeto									x											
Coleta de dados					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Análise dos dados									x	x	x	x	x	x						
Organização do													x	x	x					
Redação do trabalho															x	x	x			
Revisão e edição final																	x	x		
Entrega do Relatório																			x	

### APÊNDE B



**Fonte:** Dados da pesquisa(2023)

## APÊNDICE C

**INQUÉRITO:** Levantamento dos conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial na gestação entre os enfermeiros do Hospital Geral do Huambo.

---

Sou estudante finalista do Instituto Superior Politécnico da Caála, com o objectivo de obter o grau de licenciatura no curso de Enfermagem, estou realizando uma investigação sobre Os Cuidados de Enfermagem em Mulheres grávidas com Hipertensão Arterial. Elaborei o seguinte inquérito para o levantamento das seguintes informações:

Conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial na gestação;

Atitudes do enfermeiro frente a pacientes com Hipertensão Arterial na Gestação;

Distribuição das práticas de enfermeiros sobre hipertensão arterial na gestação.

Tudo entre os enfermeiros do Hospital Geral do Huambo. Para isso, estaria grata com a vossa colaboração nesta investigação. O inquérito é absolutamente confidencial, voluntário e anónimo. Não existem respostas certas nem erradas, apenas peço que leiam atenciosamente e respondam com sinceridade. Garanto que os dados obtidos serão para o uso exclusivo desta investigação.

Com apenas um X, assinale no quadrado tendo em conta a sua posição:

### Grupo A

Obs.Op=Opções

Variáveis	Op
A hipertensão na gestação é uma das causas de mortalidade materna a nível mundial sobretudo em Angola.	A
Define-se como hipertensão arterial quando a pressão sistólica atinge valor $\geq 140$ mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor $\geq 90$ mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas.	B

Pré-eclâmpsia: Caracterizada pelo aparecimento de HA e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.

C

Eclâmpsia: Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

D

As gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais.

E

A conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 36 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos.

F

Hidralazina: Ampola de 20mg - 1ml. Diluir com 19ml de água bidestilada. Comece com 5ml (5mg) EV. Caso a pressão não seja controlada repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg - dependendo da resposta), até o máximo de 20mg.

G

### Grupo B

Itens

Op

Coloco-me à disposição para esclarecer sobre a doença e suas repercussões.

A

Oriento a gestante sobre a necessidade de repouso e de manter o número de visitas restritas.

B

Dou atenção às queixas da gestante e discuto com a mesma as melhores formas de seguir o tratamento.

C

Mantenho o gluconato de cálcio a 10% preparado aquando do uso do sulfato de magnésio.

Informo à equipe de enfermagem dos riscos a que as gestantes hipertensas estão expostas.

### Grupo C

Itens	Op
Prática frente a paciente com hipertensão arterial na gestação.	A
Utilizo agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração IM de sulfato de magnésio.	B
É feito o monitoramento dos sinais vitais de 2/2 horas.	C
Monitoramento do Batimento Cardíaco Fetal.	D
Quando há alterações na Pressão Arterial, se tem um cuidado para o quadro de convulsões de qualquer tipo.	E



## 10. RESULTADOS DOS INQUÉRITOS

### GRUPO A

Variáveis	Concordo plenamente	Concordo
A	13	1
B	13	1
C	11	3
D	14	0
E	13	1
F	12	2
G	11	3

### GRUPO B

s	Variáveis	As vezes	Sempre	Raramente	Nunca
	A	13	0	1	
	B	4	5	3	2
	C	9	3	1	0
	D	4	0	3	7
	E	1	2	11	0

### GRUPO C

Variáveis	Semp	As	Rara	Nunc
re	vezes	mente	a	
A	14	0	0	0
B	3	2	9	0
C	4	1	9	0
D	5	7	2	0
E	3	4	3	4