



## A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO A GESTANTE COM CRISE HIPERTENSIVA NO SETOR DE EMERGÊNCIA

The importance of customer care with hypertensive crisis in the emergency sector

Michele Serafim Hilario de  
Barros  
Cecilia Marly Spiazzi dos Santos

**Abstract:** Gestation is a unique moment in the life of a woman, but it requires attention and knowledge of the health team before the changes that arise as the hypertensive crisis. The work was based on an integrative review, with the objective of identifying and listing the care provided to pregnant women in the emergency units, in order to obtain information that would add and improve the quality of assistance to pregnant women with hypertensive crisis to ensure agile care and thus avoiding maternal and neonatal complications. The search for articles published between 2000 and 2018, in Portuguese, was carried out in Scielo (Scientific Electronic Library Online) databases; Academic Google; books, through an instrument to identify the profile of the studies: 28 articles were identified, of which 15 were selected. About the subject. demonstrated the importance of providing care to pregnant women with hypertensive crisis in the emergency sector, it was possible to highlight the need to perform care protocols in emergency departments and in hospital institutions in order to train nursing professionals in order to achieve quality care and bring security to the pregnant woman and the fetus. Because there are still some pregnant women at high risk from prenatal care without effective and safe treatment and referral, as well as better guidance from the team in order to

clarify the pregnant woman's doubts. Key words: Hypertension. Gestation. Urgency. Prenatal.

**Resumo:** A gestação é um momento único na vida de uma mulher, mas que requer atenção e conhecimento da equipe de saúde perante as alterações que surgem como a crise hipertensiva. O trabalho foi embasado em uma revisão integrativa, com o objetivo de identificar e listar os atendimentos prestados as gestantes nas unidades de emergência, a fim de obter informações que venham acrescentar e melhorar a qualidade da assistência a gestante com crise hipertensiva para garantir um atendimento ágil e assim evitando complicações maternas e neonatais. A busca de artigos publicados entre 2000 e 2018, em português, foi realizada nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online); Google acadêmico; livros, por meio de um instrumento para identificação do perfil dos estudos: foram identificados 28 artigos, dos quais 15 foram selecionados. Sobre o tema. demonstrou importância do atendimento a gestante com crise hipertensiva no setor de emergência, foi possível evidenciar a necessidade de realizar protocolos de atendimento nos setores de emergência e nas instituições hospitalares em estar treinando os profissionais da enfermagem com o objetivo de alcançar um atendimento de qualidade e que traga

segurança a gestante e ao feto. Pois percebe-se ainda algumas gestantes de alto risco desde o pré-natal sem o tratamento e encaminhamento eficaz e seguro, assim como melhor orientação da equipe para poder esclarecer dúvidas desta gestante. Palavras-Chave: Hipertensão. Gestação. Urgência. Pré-natal.

## INTRODUÇÃO

A gravidez, mesmo sendo um acontecimento normal na vida das mulheres, em uma parcela destas pode ser considerada de risco, com influência não apenas para elas, como também para a família e a sociedade a que pertence. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável de sua gestação (BRASIL, 2000).

Admite-se que, em muitas situações, a HAS registrada durante o atendimento de emergência, seja erroneamente classificada como crise hipertensiva (CH). Na maioria dos centros de atendimento médico não existe uma padronização para o diagnóstico específico da crise hipertensiva o que pode dificultar o manejo dos pacientes nas unidades básicas de saúde (UBS) e de pronto atendimento (LIMA, S.G, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, vários fatores podem levar a uma gestação de alto risco; entretanto, os mais comuns são agrupados em quatro grupos: características individuais e condições sócias demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão presente na gestante, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez (BRASIL, 2000).

No que se refere ao que foi mencionado, Garret (2002) destaca que a gestação de alto risco representa uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto, por um distúrbio coincidente ou exclusivo da gestação.

A Organização Mundial de Saúde notifica que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério. Dentre elas, a hipertensão é a mais comum, incidindo em 10% a 22% das gestações, contribuindo para a ocorrência de partos prematuros e morbidade/mortalidade neonatal (SIBAI, 2003).

As urgências e emergências hipertensivas são ocorrências clínicas, que podem representar mais de 25% dos atendimentos hospitalares de urgência. Estima-se 3% de todas as visitas às salas de emergências são decorrentes de elevações significativas da pressão arterial. (CHERNEY; STRAUSS, 2002).

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo identificar e listar os atendimentos prestados a estas gestantes nas unidades de emergência, a fim de obter informações que venham acrescentar e melhorar a qualidade da assistência a gestante com crise hipertensiva para garantir um atendimento ágil e assim evitando complicações maternas e neonatais, atendendo assim, a proposta deste estudo.

## METODOLOGIA E REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A definição de Pressão arterial é igual ou maior que 140/90mm Hg baseada na média de pelo menos duas medidas. Sendo que pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do som) e a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som). A pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consistentemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas. Para a medida da pressão arterial, deve-se dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio ou aneroides calibrados. Os aparelhos automáticos (digitais) só devem ser utilizados se forem corretamente validados para uso em pré-eclâmpsia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

### 1.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GESTANTES

A hipertensão arterial complica 10% de todas as gestações e junto com a hemorragia e a infecção formam uma tríade letal, que causa até 50.000 mortes Maternas, por ano no mundo (LACERDA e MOREIRA, 2011).

Dentre essas complicações, encontra-se a pré-eclâmpsia (PE), cujo início é lento e insidioso e ocorre na segunda metade da gravidez. Caracterizando-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema, ou ambos, tendo como fatores predisponentes: os extremos da idade fértil, a raça negra, familiares de primeiro

grau que apresentaram pré-eclâmpsia, hipertensão crônica e baixo nível socioeconômico. Além desses, algumas apresentam associação entre alterações psicológicas e quadros hipertensivos (SIBAI et al., 2003).

A hipertensão crônica é aquela que está presente antes de 20 semanas da gravidez, e pode persistir até 12 semanas após o parto. A hipertensão é definida como pressão sistólica igual ou maior que 90 mmHg e diastólica maior ou igual a 140 mmHg. Para atingir o diagnóstico de hipertensão, os níveis de pressão sanguínea que atingem o critério devem ser documentados em mais de uma ocasião, no mínimo 4 a 6 horas de intervalo (MONTENEGRO, C.A.B e FILHO, J.R; 2014).

Existem várias classificações descritas para os distúrbios hipertensivos na gravidez segundo o ministério da Saúde dos Estados Unidos. Os distúrbios hipertensivos na gestação são classificados em pré-eclâmpsia (PE), hipertensão crônica, hipertensão crônica com PE sobreposta e hipertensão gestacional. A PE é uma doença específica da gravidez que ocorre mais frequente na primeira gestação ou com história prévia ou familiar. Sua causa ainda não muito esclarecida pode estar relacionada a fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Independentemente de sua gravidade determina riscos fetal e materno aumentados (FREITAS e et al, 2011).

No que se refere à pré-eclâmpsia grave, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) caracteriza como aquela em que ocorre a presença de um ou mais dos seguintes sintomas:  $PA \geq 160 \times 110$  mmHg, proteinúria, oligúria, distúrbios visuais e /ou cerebrais, edema de pulmão ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do

abdome, sinais de encefalopatia hipertensiva, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas. Destaca-se que na pré-eclâmpsia grave, a internação é obrigatória, sendo fundamental a avaliação materna e fetal, utilização da medicação específica — o sulfato de magnésio —, como também a tomada de decisão sobre a interrupção ou não da gestação, como forma de preservar a vida da mãe e do feto (BRITO, M.O.L; 2011).

A Síndrome Hipertensiva da Gestação pode ser classificada em quatro formas diferentes:

1) pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez) quando a hipertensão arterial surge após 20 semanas de gestação e associada à proteinúria ( $\geq 0,3\text{g}$  de proteína em urina de 24 horas ou  $\geq 2$  cruze em uma amostra urinária);

2) hipertensão crônica de qualquer etiologia quando identificada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação;

3) pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 20 semanas de gestação;

4) hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação. Dentro das síndromes hipertensivas gestacionais deve-se dar uma atenção especial a pré-eclâmpsia ou doença hipertensiva específica da gravidez que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica e está associada aos piores resultados, maternos e perinatais (MOURA, M.D. R et al, 2011).

O tema hipertensão na gravidez define a circunstância em que ocorre elevação da pressão arterial durante a gestação, ou nas primeiras 24

horas após o parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão pré-existente. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é um grave problema de saúde pública que atinge milhões de mulheres, sendo que na fase inicial a doença é assintomática, justamente quando o problema não é tratado ou a gravidez não é interrompida, e evolui para um quadro mais grave, conhecido como eclâmpsia. A síndrome de HELLP é a complicação da pré-eclâmpsia que pode causar lesões no fígado, problemas de coagulação e hemólise e isso faz com que o número de hemorragias seja maior (BRASIL, 2016).

Em gestantes com crise hipertensiva em unidade de atendimento de emergência é comum ser prescrito Sulfato de Magnésio para profilaxia da ocorrência de eclâmpsia naquelas com pré-eclâmpsia grave. O uso concomitante dessa droga com a nifedipina deve ser manejado com extrema cautela devido à possibilidade de hipotensão grave, depressão miocárdica e da nifedipina poder potencializar e prolongar o efeito de bloqueio neuromuscular do sulfato de magnésio (TANURE, L.M e et al; 2014).

*A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central efetivo no tratamento da hipertensão crônica na gestação. Entretanto, é pouco efetivo no tratamento da crise hipertensiva devido ao seu pico de ação, que leva de 3 a 6 horas para acontecer. Apesar de possuir discreta ação na redução da pressão arterial, o medicamento pode ser prescrito quando em associação, particularmente para pacientes com perspectiva de manejo conservador por mais de 48 horas, sendo um exemplo aquelas que tem interrupção indicada e aguardam curso*

*completo de corticóides para amadurecimento pulmonar fetal (TANURE, L.M e et al; 2014).*

Avaliação da vitalidade fetal inicial inclui a cardiocografia basal (CTG) e o perfil biofísico fetal. Após clinicamente estável e quando institucionalmente disponível, é recomendado realizar biometria fetal (caso não haja uma recente) com avaliação doppler fluxométrica fetal. Evidências sugerem que o Doppler fetal deva também ser aplicado em todos os casos de Hipertensão arterial crônica descompensada e pré-eclâmpsia com critérios de gravidade (TANURE, L.M e et al; 2014).

### 1.3 TRATAMENTO

O tratamento medicamentoso pode ser iniciado por via venosa ou oral. Três drogas são usadas classicamente no tratamento de crises hipertensivas, na gestação: labetalol, nifedipina e hidralazina (TANURE, L.M. et al, 2014).

O Labetalol, um fármaco com ações alfa e beta-bloqueadoras, pode ser usado em bolus inicial de 20 mg e repetido em 20 minutos, se necessário. Seu pico de ação é rápido e seu efeito dura até 6 horas. Baixo risco de hipotensão é boa opção para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio não causa vasodilatação cerebral. (TANURE, L.M. et al, 2014).

A Nifedipina, bloqueador do canal de cálcio, administrada em sua forma de liberação lenta também é uma opção interessante. A forma tradicional de liberação rápida, tanto por via oral como sublingual, é contra-indicada, tendo em vista seu alto potencial de produzir hipotensão grave,

acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. A dose preconizada da nifedipina liberação lenta é de 30 mg por via oral, podendo ser repetida em 30 minutos. Um ponto positivo reduz a pressão sanguínea sem reduzir o fluxo útero-placentário (TANURE, L.M. et al, 2014).

*O Acolhimento e Classificação de Risco levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2014 p 9)*

Sendo que a Hidralazina induz maior taquicardia reflexa, cefaléia e palpitação e seu uso deve ser ponderado em pacientes cardiopatas. Comparada com a nifedipina, há maior possibilidade de permanência da hipertensão; e com outros hipotensores, apresenta maior risco de hipotensão materna, descolamento prematuro de placenta e oligúria. Seu efeito hipotensor é também menos previsível e, por isso, durante sua infusão, recomenda-se a monitorização constante da pressão arterial (PA) materna. O efeito hipotensor da Hidralazina começa entre 10 e 30 min, e pode durar até 4 horas (TANURE, L.M. et al, 2014).

O único tratamento efetivo da pré-eclâmpsia, eclâmpsia, determinando a “cura” do processo patológico, é o parto. Todas as outras modalidades terapêuticas destinam-se a manter estável o quadro clínico materno e a vigiar a vitalidade fetal enquanto se aguarda a maturação pulmonar do concepto (permitindo melhores taxas de sobrevivência neonatal) e, algumas vezes, o preparo cervical. A indicação de interrupção da gravidez depende da forma clínica do distúrbio

hipertensivo, da idade gestacional, da condição clínica materna e do bem-estar fetal. Nas formas graves, como eclâmpsia e síndrome HELLP, está formalmente indicada a interrupção da gravidez. Há necessidade de estabilização da condição clínica materna (NETO, C.N. et al, 2010).

Na pré-eclâmpsia leve, é a terapêutica conservadora até o conceito atingir a maturidade de 37 semanas, avaliando a paciente de forma clínica e laboratorial, e a vitabilidade fetal. Qualquer forma clínica de DHEG, com o feto maduro > ou = a 37 semanas, obriga a interrupção da gravidez, pois a DHEG só se cura com o parto. Na pré-eclâmpsia grave, e na eclâmpsia, antes de interromper a gestação, o quadro clínico deve ser estabilizado, demorando em torno de 4 a 6h. A pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e estado de sofrimento fetal, indicam que a gestação deve ser interrompida, independente da idade gestacional (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

No tratamento deve-se levar em consideração a idade gestacional e a gravidade da DHEG, para que se escolha a conduta mais adequada. O tratamento definitivo é a interrupção da gestação, entretanto algumas vezes é possível aguardar o amadurecimento fetal para realizar o parto (CORLETA; KALIL, 2004).

#### 1.4 CUIDADOS COM A GESTANTE DE ALTO RISCO.

A gestante precisa de acompanhamento com o pré natal, porém gestante com pressão arterial elevada, e com presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de

proteínúria. se a pressão começar a aumentar, a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. assim que se tiver o diagnóstico (ver classificação), a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional. (MINISTERIO DA SAUDE, 2000)

Levando em consideração a pré-eclâmpsia, Brandão et al. (2012) aborda que as desordens hipertensivas da gestação respondem por parcela significativa das mortes maternas e fetais em todo o mundo. Particularmente, a Pré-Eclâmpsia (PE) é uma complicação clínica extremamente temida pelo alto potencial de letalidade e morbidade, complicando 5% a 7% das gestações consideradas de risco habitual, e atingindo incidência de até 20% em gestações consideradas de alto risco.

A revisão integrativa é um método de pesquisa apontada como uma ferramenta que utilizada na busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa é constituída pelas seguintes etapas: identificação do tema e problema de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados com a coleta de dados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a localização dos artigos publicados na base de dados utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que relatam o assunto publicado no banco de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online); Google acadêmico; livros, revistas e artigos relacionados ao tema do

atendimento a gestante com hipertensão; língua portuguesa; artigos publicados no período de 2000 à 2018.

Os critérios de exclusão foram relacionados aos artigos não disponibilizados na íntegra; artigos repetidos; resenhas; editoriais e dossiês; teses e dissertações; além daqueles que não se enquadravam no ano pesquisado.

O processo de coleta de dados ocorreu de acordo com a seguinte sistematização: a avaliação inicial do material bibliográfico mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto, onde foram totalizados artigos. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, com a seleção final de artigos para análise.

A análise e interpretação dos dados foi realizada pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Conforme Minayo (2009) as categorias são empregadas para estabelecer classificações, significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo que pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

## **RESULTADOS**

A apresentação da revisão e a discussão dos dados foram realizadas de forma descritiva, sendo analisados 15 artigos que atenderam os critérios de inclusão. Os artigos utilizados na revisão foram organizados e sintetizados em um quadro contendo informações de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Quadro1 - Artigos selecionados de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Título do Artigo	Tipo de método do estudo	Ano	Autores	Artigo Periódico
Atuação da enfermagem no atendimento as emergências obstétricas	Artigo	2011	BRITO, M.O.L	Eletrônico
Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco	Artigo	2014	ANJOS et al	Eletrônico
Complicações Perinatais. Avaliação dos fatores de risco	Artigo	2002	GARRET, C.	Revista
Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclampsia	Artigo	2011	LACERDA I.C.; MOREIRA T.M.M	Revisão
Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência. O uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento	Artigo	2005	LIMA,S.G	Revisão
Hipertensão Arterial na Gestação-importância do seguimento materno no desfecho neonatal	Artigo	2011	MOURA, M.D.	Revisão
Pre eclampsia	Artigo	2003	SIBAI, B. M.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M	Revisão
Gestão de pacientes com urgência e emergência hipertensiva	Livro	2002	CHERNEY A & STRAUSS S	LIVRO
Obstetrícia Fundamental	Livro	2014	MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R	
Rotinas em Obstetrícia	Livro	2011	FREITAS F., e et al	Eletrônico
Manejo da crise hipertensiva em gestantes	Revista	2014	TANURE, L.M,	Eletrônica
Obstetrícia Fundamental	Livro	2000	REZENDE, J. de ; MONTENEGRO, C. A. B	Livro
Gestação e Hipertensão	Artigo	2018	CORLETA, H. V. E. ; KALIL, H. S. B	Eletrônico
Tratamento da pré- eclampsia baseado em evidências	Revista	2010	NETO, C.N, e et al	Eletrônica
Função Endotelial, Perfusão Uterina e Fluxo Central em Gestações Complicadas por Pré-Eclampsia.	Artigo	2012	BRANDAO et al	Revisão

Os dados foram agrupados de acordo com os aspectos que mais se destacaram e foram relevantes ao tema: A importância do atendimento a gestante com crise hipertensiva no setor de emergência.

Moura et. al (2011) apresenta os dados do Ministério da Saúde, que mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna no país, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos com uma taxa de 140 - 160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos.

*A síndrome hipertensiva gestacional é um importante causa de mortalidade materna no Brasil. Está patologia é responsável por um grande número de partos prematuros uma vez que a interrupção da gestação parecer ser opção mais segura, nos casos graves, para mãe e o feto (MOURA, et. al. 2011, 117).*

Os dados apresentados pelos autores demonstra a importância de um atendimento ágil e com conhecimento as gestantes com hipertensão arterial no setor de emergência, significando os índices apresentados elevados, sendo necessário o acompanhamento e o tratamento durante a gestação e realização do parto, buscando minimizar as consequências desta doença.

Pacientes com complicação de órgão alvo como por exemplo a **diabetes mellitus** com complicações vasculares, cardiomiopatias e outras condições associadas deverão ser acompanhadas junto a especialista e muitas das vezes uma internação hospitalar no início da gestação se faz necessária para melhor avaliação. Nessas mulheres o tratamento medicamentoso se faz necessário e os

níveis pressóricos a serem atingidos são de 140×90 de modo a assegurar o fluxo uteroplacentário, bem como prevenir complicações potencialmente fatais, como um acidente vascular encefálico. (MOURA, et. al. 2011)

Anjos. Et. al (2014) concorda que uma parcela significativa dessas gestantes morreria de causas direta ou indiretamente relacionadas com nosologias e que poderiam ser tratadas ou acompanhadas durante o pré-natal. Diante desses dados, é constatável que a causa mais comum desta problemática tem sido, muitas vezes, a dificuldade de acesso a um atendimento mais especializado.

Concordo com o autor, sendo que o incentivo e orientação das políticas públicas para o esclarecimento da população e dos demais profissionais da saúde sobre a importância do pré-natal, sem dúvida, ainda é a melhor forma de se obter resultados satisfatórios de diminuição do índice de morbimortalidade da gestante, do feto e dos recém-nascidos, bem como de fornecer à mulher uma oportunidade de aproveitar com maior entusiasmo esse maravilhoso fenômeno fisiológico, que se chama gravidez.

*O Ministério da Saúde considera fator de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, o que exige atenção especial durante a realização do pré-natal, visto que uma vez classificado o risco materno, a gestante deve ser acompanhada no Pré-natal de alto risco. A partir dessas definições percebe-se que para alguns autores a idade igual a 35 anos já é considerada fator para gestação de alto risco, enquanto para outros representa o limite (AMORIN et. al., 2017, p. 1579)*

Amorim et. al. (2017) reitera a importância do pré-natal na atenção básica, é importante ressaltar que uma assistência de pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

Segundo Brito (2011) normalmente, a gravidez de alto risco se desenvolve de forma diferenciada, visto que, na gestação normal, a mulher interna-se para o momento do parto que, embora sendo um período de expectativas dolorosas devido às contrações do trabalho de parto, é um momento envolvido por alegria e satisfação.

Concordo com autor que este momento único vivido pela mulher é de alegrias na maioria delas, mas a atenção da equipe de enfermagem deve estar voltada para cada etapa que tem sua particularidade e que podem surgir alguns problemas inerentes a gravidez. Nesse sentido a enfermagem deve estar apta e voltada para prestar assistência desde o início deste pré-natal, encaminhando ao pré-natal de alto risco na unidade de saúde até o desfecho desta gestação com o parto.

Para Neto (2010) a real necessidade e os benefícios do tratamento hipotensor de manutenção na pré-eclâmpsia precisam ser estabelecidos em ensaios clínicos, enquanto o tratamento de emergência é sempre recomendado. Para o tratamento de emergência, labetalol,

hidralazina e nifedipina podem ser utilizadas, não existindo evidências convincentes da superioridade de uma ou de outra droga. Para o tratamento de manutenção, opções como  $\alpha$ -metildopa, betabloqueadores (pindolol, atenolol), alfa e betabloqueadores (labetalol) e bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina) podem ser consideradas.

A concordância com o autor referente ao medicamento utilizado é de suma importância, pois em se tratar uma gestante com crise hipertensiva para poder ter um melhor controle dos seus níveis pressóricos durante a gestação a recomendação na maioria dos casos no início é uso de metildopa. Em se tratando de setor emergencial e hospitalar são outras drogas como a nifedipina, hidralazina. Sempre bom o conhecimento do profissional, pois depende a idade gestacional o medicamento utilizado pode causar algumas reações adversas na gestante e ao feto o que requer da equipe uma atenção específica.

Finalizando, algumas estratégias da saúde pública para reduzir os índices de mortalidade, como consta na cartilha Brasil (2012), com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças:

- (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento;
- (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto;
- (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades;

(iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades);

(v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico;

(vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. (BRASIL, 2012)

Mesmo com a proposta de trabalho do Ministério da Saúde, ainda é visível que se mantém elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. (BRASIL, 2014)

Portanto, as políticas públicas existem, precisam somente ser efetivadas em todas comunidades, com uma cobrança maior do poder público, mas, principalmente da sociedade em geral, para garantir o atendimento em todos os locais a gestante e o bebê.

## CONCLUSÕES

Ao estudar e revisar os artigos referentes ao tema a importância do atendimento a gestante com crise hipertensiva no setor de emergência, foi possível evidenciar a necessidade de realizar protocolos de atendimento nos setores de emergência e nas instituições hospitalares em estar treinando os profissionais da enfermagem com o objetivo de alcançar um atendimento de qualidade e que traga segurança a gestante e ao feto.

Os resultados evidenciaram sobre os atendimentos prestados a estas gestantes nas unidades de emergência, a fim de obter informações que venham acrescentar e melhorar a qualidade da assistência a gestante com crise hipertensiva para garantir um atendimento ágil e assim evitando complicações maternas e neonatal.

A pré eclampsia/eclampsia é considerada uma emergência médica que na maioria dos casos é necessário intervenção cirúrgica. Conclui desta forma que a maior parte das emergências por crises hipertensivas poderia ser evitada se tivesse um melhor acompanhamento no pré-natal e uma atenção especial nos níveis pressóricos e nas medicações anti-hipertensivas utilizadas. Desta forma as ações desenvolvidas necessitam estar prevenindo as complicações e a morbimortalidade.

Os estudos comprovam a importância do pré-natal na atenção básica e uma assistência pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, com a realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. Principalmente com o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido,

desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

Na atualidade é imprescindível um cuidado com a mãe o feto durante a gestação, pois, com o uso das tecnologias e protocolos da saúde, não tem mais espaço para situações que coloquem em risco a vida de ambos. As unidades de saúde e atendimentos hospitalares tem o compromisso com a garantia de qualidade neste tipo de atendimento para as gestantes com crise hipertensiva.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda, et. al. **Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia**. Piauí, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15225/17988>. Acesso em 05 de julho de 2017.

ANJOS, et al. **Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco**. Pará, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>. Acesso em 06 de julho de 2018

BARRA, Sergio. et. al. **Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte**.

COIMBRA, 2012. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo>. Acesso em 05 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**, 3. ed., Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de**

**acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção ao pré-natal. Mãe paranaense – Paraná**. Brasília, DF, Editora do Ministério da Saúde, 2016

\_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**, Brasília – DF. 2012. Disponível: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em 15 de julho de 2018.

BRANDÃO, Augusto Henrique Fulgêncio; et al. **Função Endotelial, Perfusão Uterina e Fluxo Central em Gestações Complicadas por Pré-Eclampsia**. Arq Bras Cardiol., v. 99, n. 4, p. 931-935, 2012.

BRITO, M.O.L; **Atuação da enfermagem no atendimento as emergências obstétricas**. Salvador, 2011.

CHERNEY A & STRAUSS S. **Gestão de pacientes com urgência e emergência hipertensiva**. 2002. Faltou dados livro ou revista. Ver normas ABNT AVA

CORLETA, H. V. E. ; KALIL, H. S. B. **Gestação e Hipertensão**, 2018 . Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/ginecologia-e-obstetricia/gestacao-e-hipertensao>. Acesso em 02/07/18.

FREITAS F., e et al. Rotinas em Obstetrícia. 6 de. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GARRET, C. **Complicações Perinatais. Avaliação dos fatores de risco.** In: LOWDEMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. O cuidado em enfermagem materna. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 583-586, 2002.

LACERDA I.C.; MOREIRA T.M.M. **Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclampsia.** ACTA. Maringá. C. 33, n. 1, p- 71-76, 2011. Acesso em 03/07/2018.

LIMA, SG; Nascimento, LS; SANTOS Filho, CN; ALBRUQUERQUE, MFPM; VICTOR, EG. **Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência. O uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento.** Arq. Bras Cardiol, 2005, vol 85, nº2, 115-123.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem.** Texto & Contexto – Enfermagem, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MONTENEGRO, C.A.B; FILHO, J.R; Rezende. **Obstetrícia Fundamental-** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOURA, Marta David Rocha de, et. al. **Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal.** Brasília 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao>

[arterial\\_gestacao.pdf](#). Acesso em 06 de julho de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21 Ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009.

NETO, C.N, e et al. **Tratamento da pré- eclampsia baseado em evidências.** Revista Brasileira Ginecologia/ Obstetrícia. 32(9): 459-68, 2010.

REZENDE, J. de ; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental** . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 2000.

SIBAI, B. M.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. **Pre eclampsia.** Lancet, v. 365, p. 785-99, 2003.

TANURE, L.M, **Manejo da crise hipertensiva em gestantes.** FEMINA, v. 42, n. 4, Julho/Agosto, 2014.