



**IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023**

## **SINDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS**

### **Gestação de Alto Risco**

Jaqueline Rodrigues NASCIMENTO

Laisla Miranda Cristina LOPES

Raquel Mendes ROCHA

Waysla Santos de OLIVEIRA

**Resumo:** As síndromes hipertensivas gestacionais constituem um grande problema, correspondendo a uma das maiores causas de mortes maternas e neonatais. O presente trabalho foi desenvolvido através da análise de outros artigos publicados, isto é, uma pesquisa bibliográfica; com a finalidade de apresentar informações acerca do tema, trazendo conhecimento tanto para gestantes e familiares quanto para a equipe responsável pelo atendimento. De fato, há a necessidade de um acompanhamento durante a gestação para que os fatores de risco e /ou sintomas da hipertensão, pré-eclâmpsia e suas formas mais graves, eclâmpsia e síndrome de hellp possam diagnosticados e tratados devidamente, colaborando para a diminuição do número de óbitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gravidez; Gestação; Hipertensão; Pré-eclâmpsia; Eclampsia; Síndrome dehellp.

### **1 INTRODUÇÃO**

A gestação é um momento especial tanto para a mulher quanto para as pessoas que a cercam. Porém ao mesmo tempo cheio de modificações psicológicas, fisiológicas, físicas e emocionais. Diante disso é necessário um acompanhamento para que possíveis alterações sejam diagnosticadas ou até mesmo prevenidas.

As mulheres podem desenvolver durante a gravidez as chamadas síndromes hipertensivas gestacionais, que possuem uma alta incidência no Brasil. Além de sua prevalência na mortalidade materna, óbitos perinatais, prematuridade e do seu impacto no crescimento do feto. Tais patologias são definidas como hipertensão, pré-eclâmpsia, e em suas formas mais graves eclâmpsia e síndrome de Hellp. A hipertensão consiste na elevação da pressão arterial, chegando a níveis pressóricos iguais ou maiores que 140/90 mmHg. Pode ser dividida em hipertensão gestacional, quando a mulher não demonstrava a condição anteriormente a gravidez e inicia a seguir da 20ª semana; e a hipertensão

crônica, desencadeada antes mesmo da gestação.

A pré-eclâmpsia é uma doença reconhecida por apresentar proteinúria, edema e hipertensão, a partir da mesma algumas doenças de maior gravidade se desenvolvem, é multifatorial, e possui etiologia desconhecida e fisiopatologia de alta complexidade.

A eclâmpsia é descrita como uma doença que se desenvolve geralmente após o 20º semana de gravidez, que tem como principal sintoma convulsões devido aos efeitos deletérios no cérebro, além de hipertensão, edema e proteinúria. Por conseguinte, causa complicações no feto, e acima de tudo na gestante, podendo levar a morte de ambos.

A síndrome de Hellp caracteriza uma complicação obstétrica grave, em que a definição está vinculada a sigla. O qual o H significa hemólise, EL enzimas hepáticas e LP baixa contagem de plaquetas, sendo essa tríade os principais sinais da doença, pode se desenvolver da forma benigna, apresentando níveis de difícil diagnóstico no exame.

Diante disso, é de suma importância reportar a necessidade de um diagnóstico, e uma equipe preparada para o tratamento. O enfermeiro como parte fundamental no tratamento deve realizar uma assistência de qualidade, dominando a fisiopatologia, sinais e sintomas, tratamento e diagnóstico das síndromes hipertensivas gestacionais.

## **2.0 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, o qual foi feita exploração de artigos publicados de fontes íntegras como Scielo; Pubmed e Google Acadêmico, que abordavam síndromes hipertensivas gestacionais como hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de hellp; além de assuntos sobre dados epidemiológicos relacionados a gravidez.

## **3.0 DESENVOLVIMENTO**

### **3.1 HIPERTENSÃO**

A hipertensão arterial durante a gestação é uma condição que pode ocorrer em algumas mulheres grávidas e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial. Existem

IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

vários tipos de hipertensão durante a gestação, incluindo hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. O diagnóstico de hipertensão é realizado quando os níveis pressóricos são superiores ou iguais a 140/90 mmHg.

Mulheres com fatores de risco, como história prévia de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, entre outros, têm um risco maior de desenvolver hipertensão arterial durante a gestação. Por isso, é importante que essas mulheres realizem um acompanhamento pré-natal rigoroso e sigam as orientações médicas.

A hipertensão arterial pode ser classificada em duas categorias durante a gestação: hipertensão gestacional e hipertensão arterial crônica.

#### Hipertensão gestacional

A hipertensão gestacional é uma condição que ocorre em mulheres grávidas que não apresentavam pressão alta antes da gestação e que desenvolvem hipertensão após a 20ª semana de gestação. Ela pode ser diagnosticada quando a pressão arterial é igual ou superior a 140/90 mmHg, medida em pelo menos duas ocasiões, com intervalo de pelo menos 4 horas, e não há evidência de proteína na urina.

#### Hipertensão crônica

É uma condição em que a mulher já apresenta pressão arterial elevada antes da gravidez ou até a 20ª semana de gestação. Essa condição pode aumentar o risco de complicações para a mãe e o feto durante a gestação, como pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal e parto prematuro.

Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (doença hipertensiva específica da gravidez) quando a hipertensão arterial surge após 20 semanas de gestação e associada à proteinúria ( $\geq 0,3g$  de proteína em urina de 24 horas ou  $\geq 2$  cruces em uma amostra urinária); Hipertensão crônica de qualquer etiologia quando identificada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação; Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 20 semanas de gestação; Hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação; Síndrome de HELLP: Síndrome caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (MARGOTTO, CASTRO, MOURA et al., 2011).

#### Prevenção:

IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

A melhor maneira de prevenir a hipertensão na gestação é adotando um estilo de vida saudável antes e durante a gravidez, e fazendo o acompanhamento pré-natal adequado. Aqui estão algumas medidas que podem ajudar a prevenir a hipertensão na gestação:

Controle o peso: manter um peso saudável antes da gravidez e ganhar peso de forma adequada durante a gestação pode ajudar a prevenir a hipertensão.

Faça exercícios: praticar exercícios físicos regularmente antes e durante a gravidez pode ajudar a prevenir a hipertensão. Adote uma dieta saudável: uma dieta equilibrada e rica em nutrientes pode ajudar. Reduza o consumo de sal: o excesso de sal na dieta pode levar à hipertensão.

#### **Tratamento:**

O tratamento para hipertensão na gestação depende da gravidade da condição e da idade gestacional da paciente. Em casos leves, algumas mudanças no estilo de vida, como a dieta e o aumento da atividade física, podem ser suficientes para controlar a pressão arterial. No entanto, em casos mais graves, pode ser necessário o uso de medicamentos para ajudar a reduzir a pressão arterial e prevenir complicações para a mãe e o feto.

Alguns dos medicamentos usados para tratar a hipertensão na gestação incluem:

Metildopa: é um medicamento seguro e eficaz no controle da pressão arterial durante a gestação. Ele age no sistema nervoso central, reduzindo a pressão arterial.

Nifedipina: é um bloqueador dos canais de cálcio que ajuda a relaxar os músculos das paredes arteriais e reduzir a pressão arterial.

#### **Cuidados da enfermagem**

A enfermagem desempenha um papel crucial no cuidado de mulheres com gestação hipertensiva, e sua importância pode ser vista em vários aspectos, tais como:

Monitoramento da pressão arterial: A enfermagem é responsável por monitorar regularmente a pressão arterial da gestante, que é um dos principais indicadores da gravidade da condição hipertensiva. O monitoramento frequente é importante para

detectar quaisquer alterações na pressão arterial que possam indicar complicações e requerer intervenção médica imediata.

**Avaliação dos sintomas:** A enfermagem também é responsável por avaliar os sintomas que a gestante possa estar experimentando, tais como dor de cabeça, visão turva ou dor abdominal. Esses sintomas podem indicar uma complicação mais grave e precisam ser tratados rapidamente.

**Orientação e educação:** A enfermagem pode fornecer orientações e educação para a gestante e sua família sobre os cuidados e medidas preventivas que podem ser tomadas para evitar complicações. Isso inclui orientações sobre dieta, repouso, atividade física, monitoramento da pressão arterial em casa, entre outras medidas.

**Preparação para o parto:** A enfermagem também é responsável por preparar a gestante para o parto, que pode ser mais complicado em mulheres com gestação hipertensiva. Os enfermeiros podem ajudar a preparar a gestante para o parto prematuro, caso seja necessário, e orientá-la sobre o manejo da dor durante o parto.

**Monitoramento do bem-estar fetal:** A enfermagem é responsável por monitorar o bem-estar fetal, que pode ser comprometido em mulheres com gestação hipertensiva. Isso inclui a monitorização do batimento cardíaco fetal e a avaliação de movimentos fetais, que podem indicar uma diminuição do fluxo sanguíneo para o feto.

Em resumo, a enfermagem desempenha um papel fundamental no cuidado de mulheres com gestação hipertensiva, desde o diagnóstico até o parto. O monitoramento frequente da pressão arterial, a avaliação de sintomas, a orientação e educação, a preparação para o parto e o monitoramento do bem-estar fetal são apenas algumas das áreas em que a profissão é essencial para garantir a saúde e segurança da gestante e do feto.

### 3.2 PRÉ-ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpسيا é uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo. É uma patologia heterogênea, multifatorial, sem etiologia esclarecida e fisiopatologia complexa. A identificação de fatores de risco ao seu desenvolvimento pode auxiliar na prevenção e diagnóstico precoce do início clínico da doença. (AMARAL, PERAÇOLI 2011)

A pré-eclâmpsia está entre as doenças hipertensivas arteriais que ocorre após 20<sup>o</sup> semana gestacional. Dentro da pré-eclâmpsia temos a eclâmpsia, síndrome de Hellp e pré-eclâmpsia sobreposta, que ocorre quando se tem uma hipertensão arterial crônica que após 20 semanas se desenvolve para uma pré- eclâmpsia.

“Mais recentemente, a pré-eclâmpsia tem sido definida como o aparecimento de hipertensão acompanhada de proteinúria, ou seja, recomenda-se a eliminação do edema como critério de diagnóstico e a obrigatoriedade da presença de proteinúria.” (KAHHALE, FRANCISCO, ZUGUB 2018)

Para que a doença seja diagnosticada como Pré-eclâmpsia é preciso que tenha hipertensão arterial após 20 semanas gestacionais associada a proteinúria, ou disfunção de órgãos ou disfunção uteroplacentária.

### 3.3 ETIOPATOLOGIA

A etiologia da pré-eclâmpsia ainda é desconhecida. Em 1916, Zweifel já a caracterizava como “a doença das teorias”. Numerosas teorias e fatores têm sido sugeridos para explicar sua causa, porém a maioria não tem sido confirmada. Há mais de 60 anos, Page propôs o conceito de que na pré-eclâmpsia a perfusão placentária estava diminuída. Atualmente, aspectos imunológicos, genéticos e falha na invasão placentária são aceitos unanimemente.

“A demonstração da lesão endotelial, associada à resposta inflamatória exacerbada e o envolvimento do stresse são as mais recentes teorias para a ocorrência da pré-eclâmpsia” (KAHHALE, FRANCISCO, ZUGUB 2018).

Não se tem uma etiologia única e precisa da pré-eclâmpsia, sendo vários fatores que estão associados ao desenvolvimento da doença, sendo eles:

Deficiência de invasão trofoblasto, fatores imunológicos, disfunção endotelial e alterações inflamatórias, fatores genéticos, ambientais e estresse.

Deficiência de invasão trofoblasto: é a principal teoria mais aceita e mais usada. Em uma placentação normalmente se tem duas ondas de invasão trofoblástica, a primeira atinge vasos da decídua e a segunda atinge a camada muscular média das arteríolas espiraladas do endométrio. Com essas ondas se tem a diminuição da resistência vascular

e aumento no fluxo placentária. Mas na pré-eclâmpsia se tem uma placentação deficiente levando a não modificação das artérias espiraladas da musculatura do útero, a camada muscular média continua com um diâmetro menor e com uma alta resistência, com isso não tem uma diminuição da resistência como era esperado. Consequentemente se tem a redução do fluxo sanguíneo do espaço intervilo e alteração da perda placentária, que levará a lesão endotelial. A lesão endotelial levará ao vasoespasmo, aumento da permeabilidade capilar e ativação da coagulação.

Fatores imunológicos: Na pré-eclâmpsia teremos o aumento dos fatores antiangiogênicos solúveis como tirosina quinase, sFlt-1 e endoglin. E a diminuição dos fatores angiogênicos como fator de crescimento placentário- PLGF e fatores de crescimento endotelial-VGF's. Quando o normal seria a diminuição de antiangiogênicos e aumento dos angiogênicos.

Fatores na disfunção endotelial e alteração inflamatória: com a lesão endotelial se tem a diminuição das prostaglandinas vasodilatadoras (Prostaciclina-PGL-2). Por meio da ativação da coagulação terá o aumento da prostaglandina vasoconstritora (tromboxano-TXA2) em quantidade aumentada, causando assim o aumento da relação TXA2/PGL2 e com isso se tem a sensibilidade de infusão da angiotensina II e dos endoteliais levando a uma vasoconstrição.

Fatores genéticos e ambientais: em fatores genéticos filhas de mães com caso de pré-eclâmpsia tem de 20% a 40% de chances de desenvolver a doença. A baixa ingestão de cálcio, diabetes gestacional e doenças renais e cardiovascular.

### **3.4 FATORES DE RISCO PARA PRÉ-ECLAMPSIA**

No Brasil, a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente<sup>1,3</sup> e segundo Victora et al.<sup>4</sup>, responsável por 23% das mortes maternas diretas. Na assistência pré-natal, a identificação de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da PE é fundamental, para que se possa promover vigilância mais cuidadosa no sentido de diagnosticar os primeiros sinais e/ou sintomas da doença. “Como não existem meios eficazes, a nível populacional, de prevenção da PE, uma vez identificados esses sinais

e/ou sintomas, é fundamental que a atenção esteja voltada para impedir o agravamento da doença e assim, reduzir a morbimortalidade materna e perinatal” (AMARAL, PERAÇOLI 2011).

### 3.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado pela presença de uma pressão igual ou maior do que 140/90 mmHg, medida em duas ocasiões, separadas por, no mínimo, 4 a 6 horas; proteinúria ( $\geq 0,3$  g/24h) acompanhadas ou não de algumas das seguintes alterações: hemoconcentração, hipoalbuminemia, alteração de provas de função hepática ou da provas de coagulação e aumento dos níveis do ácido úrico ( $\geq 6$  mg/dl) (7,8).

Os distúrbios hipertensivos específicos da gestação incluem os episódios inéditos de hipertensão arterial em mulheres previamente normotensas, podendo evoluir para hipertensão gestacional (HG) ou PE (comproteinúria).

A PE pode provocar sintomas neurológicos (dores de cabeça, visão turva, cegueira, alteração do estado de consciência), dores abdominais com náuseas e vômitos e síndrome de HELLP. A proteinúria em 24h é o meio mais seguro para o diagnóstico de proteinúria significativa na gestação.

“Até 40% das gestantes apresentam um episódio de alteração da pressão arterial de 140/90 mmHg” (Orcy, Pedrini, Piccinini, Schroeder, Martins-Costa, Ramos, Capp, Corleta, von. 2008)

A busca por testes preditivos que possa identificar os pacientes de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia tem sido muito estudada nos últimos tempos para que se possa prevenir. Até o momento a predição da pré-eclâmpsia feita pelos fatores de risco materno e dados da história prévia e características das maternas.

Os marcadores bioquímicos estudados foram: PAPP-A (proteína plasmática associada a gestação), PLGF (fatores de crescimento placentário), PP 13 (proteína plasmática 13), s-endoglobina, inibida A, activina A, PTX3 e P-selectina.

Os parâmetros biofísicos foram: pressão arterial média e dopplereleocimetria das artérias uterinas. quanto maior for o IP da artéria uterina, maior o risco de pré-eclâmpsia.



Atualmente é usado os três fatores em conjunto para averiguar quem tem mais risco PE.

### 3.6 ECLÂMPسيا

A eclâmpسيا é caracterizada como um episódio primário de convulsão no decorrer da gestação (após 20 semanas), parto ou no pós-parto (48 horas após o parto). Está associada a Doença Hipertensiva Especificada Gestação (DHEG), que manifesta um espectro de variedade de patologias; compreendendodesde a pré-eclâmpسيا até o seu ápice de agravamento, retratado como eclâmpسيا.

A etiologia da pré-eclâmpسيا que pode desencadear a eclâmpسيا ainda é desconhecida, entretanto acredita-se que a vascularização da placenta esteja intimamente ligada. No terceiro trimestre de gestação ocorre a “pseudovasculogenese”, ou seja, a migração dos citotrofoblastos no sentido das arteríolas uterinas espiraladas, local em que sucede a diferenciação em células com fenótipo endotelial. Assim as artérias e arteríolas se tornam mais dilatadas, devido a remodelação das mesmas. Essa migração/diferenciação dos citotrofoblastos deve-se a alterações nos perfis de expressão de certas substâncias. O remodelamento gera um sistema de irrigação de baixa resistência arteriolar, resultando em um fornecimento sanguíneo adequado, porém em caos de pré-eclâmpسيا o diâmetro é menor. As causas que geram essa alteração podem ser diversas, já que a doença é multifatorial, portanto, diferentes genes podem estar ligados.

Kahhale; Francisco; Zugaib, (2018) dispõe que “ Zweifel já a caracterizava como “a doença das teorias”. Numerosas teorias e fatores têm sido sugeridos para explicar sua causa, porém a maioria não tem sido confirmada. Há mais de 60 anos, Page propôs o conceito de que na pré-eclâmpسيا a perfusão placentária estava diminuída. Atualmente, aspectos imunológicos, genéticos e falha na invasão placentária são aceitos unanimemente.”

Há de ressaltar ainda que as altas incidências de certos fatores atuam na predisposição da doença, dentre eles temos:

Gestantes com idade superior a 40 anos e inferior 18;

Histórico familiar;

Gravidez gemelar; Mulheres hipertensas; Obesidade;

Diabetes; Doença renal crônica;  
Doenças autoimunes, como lúpus; Trombofilia;  
Moléstia trofoblástica gestacional.

### 3.7 SINAIS E SINTOMAS

A pré eclâmpsia caracteriza-se por três principais sintomas, sendo eles: edema, hipertensão e proteinúria. A proteinúria é a presença de proteínas na urina em quantidades iguais ou maiores do que 0,3 g em um período de 24 horas. A hipertensão é o sintoma primordial para o diagnóstico, e deve estar associada a hipertensão ou proteinúria, ou ambas; se caracteriza por uma pressão igual ou superior a 140/90 mmHg. E o edema é definido como o inchaço dos membros, que não some após um período de repouso.

O agravamento do quadro clínico da gestante pode ocorrer de maneira lenta ou rápida; levando assim ao desenvolvimento de convulsões, representando a partir desse momento como eclâmpsia. Outros sintomas podem indicar a doença, cefaleia occipital ou frontal persistentes, visão distorcida, fotofobia, dor do abdome na região do epigástrico ou quadrante superior direito e estado mental alterado são sinais da possível ocorrência de convulsões.

Por conseguinte, pode ser desencadeado a partir da eclâmpsia complicações, especificamente edema agudo do pulmão, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda, hemorragia intracraniana, rotura hepática e óbito. (Kahhale; Francisco; Zugaib, 2018).

### 3.8 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser realizado através da anamnese, revelando possíveis sintomas da doença, como a convulsão, além da evidência dos fatores de risco. A avaliação de sinais vitais também se torna primordial, particularmente devido a presença de edema, hipertensão. Contudo a exclusão de epilepsia e outras patologias convulsivas deve suceder.

A prescrição de exames como proteinúria de 24 horas e/ou de 24 horas revelará a presença de proteínas, outro ponto importante no reconhecimento da doença e o seu

possível desenvolvimento. Ademais hemogramas com contagem de plaquetas, enzimas hepáticas, ureia, creatina, ácido úrico, bilirrubinas totais e frações e perfil hemolítico.

### **3.9 TRATAMENTO**

O tratamento decisivo é a interrupção da gestação, contudo existem casos em que é concebível respeitar o amadurecimento do feto para que haja a efetuação do parto; diante da circunstância de eclâmpsia pós-parto é aconselhável a curetagem uterina. Vale mencionar que é de suma importância a avaliação de uma equipe para o delineamento do prognóstico e das medidas a serem tomadas.

A conduta clínica é feita através da terapia das crises convulsivas e da pressão arterial elevada. O Sulfato de magnésio é indicado para tratar as convulsões, devendo ser mantido até 24 horas depois do parto caso seja iniciado anteriormente. Quando introduzido posteriormente ao parto, ou seja, no puerpério deve ser administrado por 24 horas após a primeira dose; enquanto na terapêutica das crises hipertensivas é utilizada a Hidralazina.

### **3.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A equipe multiprofissional necessária para uma gestante integra médicos, enfermeiros, obstetras, dentre outros. O papel da enfermagem carece de autonomia a fim de suprir as necessidades da grávida, tal como a do bebê; a relação profissional-parturiente deve frisar um vínculo baseado no diálogo, respeito, apoio e compartilhamento de informações.

Além disso urge a elaboração de uma sistematização da assistência da enfermagem (SAE), em outras palavras, o planejamento de ações de enfermagem para o paciente. Visando o cuidado faz-se essencial mencionar a importância da capacitação dos profissionais, e o registro dos dados também.

### **3.11 SÍNDROME DE HELLP**

A síndrome Hellp é uma nomenclatura que foi descrita pela primeira vez por

IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

Pritchard em 1954, mas quem em 1982 quem a denominou Hellp foi Louis Weinstein. A síndrome é utilizada para descrever as condições do paciente com pré-eclâmpsia ou eclampsia.

Os significados da sigla é:

**H:** Hemólise (glóbulos vermelhos)

**EL:** Enzimas Hepáticas (sinal de dano hepático)

**LP:** Baixa Contagem (que ocorre problemas de sangramento)

Também é utilizada para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclampsia com hemólise que é definida como o processo de quebra da membrana da hemácia liberando hemoglobina sérica, o que pode causar anemias e aumento da bilirrubina no sangue, aumento das enzimas hepáticas e diminuição dos níveis de plaquetas no organismo. As plaquetas têm como seu objetivo bloquear hemorragias agindo na obstrução dos vasos sanguíneos que já estão danificados (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA,2002; MIRANDA et al.,2016; KATZ et al,2008)

Embora qualquer gestante em qualquer idade gestacional possa desenvolver a síndrome Hellp, outras apresentam maior risco como: mulheres brancas, mais de 25 anos de idade, multíparas, com diagnóstico ou em tratamento para hipertensão arterial ou então que tem histórico da doença e também gestantes que podem apresentar o quadro de pré-eclâmpsia ou eclampsia; essas podem realizar o tratamento adequado que os riscos de evolução para a síndrome vão permanecer os mesmos, devido à gravidade e da evolução rápida da patologia.

“A síndrome pode se apresentar de uma forma benigna que aparenta alterações mínimas do número de plaquetas e nos testes de função hepática. Podem-se mostrar discretos o aumento de pressão sanguíneas e alteração renal, fazendo assim progredir o mais rápido possível para o quadro clínico da síndrome” (PASCOAL.; 2002).

A Síndrome Hellp pode conter patologia no ciclo gravídico puerperal com alta morbimortalidade que é uma condição extremamente rara, que traz risco de vida, e que ocorre entre 0,2% a 0,6% das gestações, lembrando que algumas gestantes podem desenvolver apenas uma ou duas das características da síndrome.

### 3.12 SINTOMAS E TRATAMENTO

Os sintomas da síndrome Hellp podem ser encontradas com um quadro clínico básico de acordo com os profissionais. Sendo assim a cefaleia acompanhada de anormalidade visuais, êmese, enjoo, astenia, epistaxe, oligúria, hipertensão arterial, epigastralgia, elevação de enzimas hepáticas etc. Em caso mais graves podemos encontrar quadros de insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepática, acidente vascular cerebral e dentre outras complicações que podem levar ao óbito materno e neonatal.

Existe uma forma de tratamento definitivas só depois da confirmação diagnóstica que é o parto e a remoção dos vilos coriônicos (projeções vasculares minutas do córion fetal, semelhantes a dedos, que se combinam com o tecido uterino materno para formar a placenta), já o parto é decidido conforme o quadro clínico da paciente e a idade gestacional do bebê, contudo a cesariana não é um meio seguro, pois em casos graves, vai haver intervenções como hemorragias internas, transfusão de sangue etc.

### 3.13 CUIDADOS DO ENFERMEIRO COM GESTANTE SÍNDROME HELLP

A enfermagem tem um papel fundamental e importante durante a prevenção e controle dos sintomas da mulher no período gravídico. Isso faz o enfermeiro um dos principais agentes no acompanhamento da gestação e prevenção de agravos.

Neste caso, o enfermeiro deve orientar sobre mudanças no estilo de vida, esclarecer as dúvidas sobre o pré-natal de alto risco, monitorar os sinais e sintomas apresentados, estimular a paciente a aderir um plano de alimentação saudável, e identificar agravamento da doença. “Há também o oferecimento de apoio emocional á gestante, orientações à gestante e seus familiares em relação a patologia, avaliação da dinâmica uterina, avaliação da vitalidade fetal e administração de medicação pertinente” (CAMPOS et al., 2019).

O enfermeiro e sua equipe devem trabalhar de forma eficaz e humanizada e

estarem em alerta máximo, pois as intercorrências e complicações são frequentes e tomam



configurações de urgência.

### 3.14 EPIDEMIOLOGIA

No ano de 2021, foram registrados uma média de 2,7 milhões de nascimentos em cartórios do Brasil. Esse número é 1,6% menor que o do ano de 2020, isso significa, cerca de, 43,1 mil nascimentos a menos. Entre os anos de 2015 e 2019, a média de nascimentos por ano era de 2,9 milhões. Entre 2018 e 2019, a redução nos nascimentos foi de aproximadamente 3%, o que representa cerca de 87,8 mil. Já entre 2019 e 2020, a redução foi de 4,7%, significando menos 133 mil nascimentos.

Cerca de 380 mil partos foram de mães com até 19 anos de idade em 2020, o que corresponde a 14% de todos os nascimentos no Brasil. Em 2019 essa proporção era de 14,7% e 15,5% em 2018. Os números são do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, e foram compilados no projeto “Gravidez e Maternidade na adolescência - um estudo da coorte de 100 milhões de Brasileiros”, desenvolvido por uma equipe de profissionais do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (CIDACS-Fiocruz).

Figura: Faixa etária de gestantes nas últimas décadas



IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

Fonte: Saúde Materna. OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

Cerca de 76 mil mães e 500 mil bebês no mundo inteiro morrem em decorrência da pré-eclâmpsia e por distúrbios hipertensivos na gestação todos os anos. É a causa de 25% das mortes maternas na América Latina e aparece entre 5 e 7% das grávidas brasileiras.

#### 4.0 CONCLUSÃO

Em conclusão, a hipertensão na gravidez é uma condição clínica que merece atenção e cuidados especiais, pois pode levar a complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto. Entre as condições relacionadas à hipertensão na gestação, destacam-se a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP, que apresentam sintomas e características específicas e precisam ser diagnosticadas e tratadas de forma adequada.

A pré-eclâmpsia é uma condição grave que pode ter implicações sérias para a mãe e o bebê. A detecção precoce e o tratamento imediato são essenciais para garantir a melhor chance de sucesso e um nascimento saudável. A síndrome HELLP é uma condição potencialmente fatal que afeta mulheres grávidas e exige tratamento médico imediato para minimizar as complicações. A conscientização sobre os sintomas e a importância do tratamento precoce é fundamental para garantir a saúde da mãe e do feto.

A PE consiste em hipertensão arterial com proteinúria e/ou edema de mãos ou face, enquanto a eclâmpsia é uma evolução da PE com sintomas neurológicos, ou seja, crises convulsivas tônico-clônicas. Já a síndrome HELLP é também uma progressão da pré-eclâmpsia que cursa com aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia.

#### 5.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARMO, WR et al. Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta. **Revista Médica de Minas Gerais**; 18(3 Supl 4): S25-S28, 2008. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/1300/v18n3s4a06.pdf>.



IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

CAVALLI, Ricardo et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**; 31(1):1-4, 2009. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/ZWwrrqGzGKWypt83QmmZWxQv/?format=pdf&lang=pt>.

FERREIRA COELHO, F.; SANTOS KUROBA, L. Emergência Hipertensiva Na Gestação: Síndrome Hellp Uma Revisão De Literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 12, n. 13, p. 159–175, 2019. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/articloe/view/1004>.

FREIRE, TEDOLDI, Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. **Arq Bras Cardiol**, 2009.

FUMIKO, VASCONCELLOS, PERFETTO, **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento**, 2008.

GARCIA, SOUZA. **Hipertensão na Gravidez: Prevenção e Principais Tratamentos**. concluído em 18 dezembro de 2007.

LOPES, G., ROSA DE OLIVEIRA, M., DA SILVA, K., FONTES DA SILVA, I., LOPES PINHEIRORIBEIRO, A HIPERTENSÃO GESTACIONAL E A SÍNDROME HELLP: ÊNFASE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. **Revista Augustus**, 18, jul. 2014. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/290>.

MARGOTTO, CASTRO, MOURA et al. Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S113-S120, 2011.

OLIVEIRA, R. S. et al. (2012). Síndrome Hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. **Enferm. Glob**.

RODRIGUES, Nayara et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE VÍTIMA DE ECLÂMPSIA. **RECIMA21-REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR** ISSN; v.3, n.8, 2022.

Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1767/1345>.





IV CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E ENGENHARIAS:  
“As tecnologias e o cenário profissional”  
DATA: 20 a 22 de novembro de 2023

SOARES, S., FORTUNATO, J. S. **Fisiopatologia do Crescimento. Fundamentos e Aplicações.** LIDEL; 2007; p.485– 491.

SOUBHI, Kahhale et al. Pré-Eclampsia. **Revista Médica (São Paulo);**97(2):226-34, mar-abr, 2018. Disponível em:  
<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203/140802>.