



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA

<sup>1,\*</sup>MOURA, Sinara Gomes, <sup>1</sup>SANTOS, Nádia Ferreira Silva, <sup>2</sup>REIS, Meillyne Alves dos, <sup>3</sup>MATOS, Marcos André de, <sup>4</sup>ROLINDO, Joicy Mara Rezende, <sup>5</sup>MELO, Lígia Bráz, <sup>6</sup>MEIRELES, Gláucia Oliveira Abreu Batista, <sup>1</sup>GODOI, Gabriela Ramos de, <sup>1</sup>SILVA, Priscila Soares, <sup>1</sup>OLIVEIRA, Elizângela Diniz Fernandes, <sup>7</sup>MORAES FILHO, Iel marciano de, <sup>8</sup>ARANHA, Tatiana Caexeta, <sup>9</sup>MELO, Juliana Macedo de, <sup>10</sup>ALMEIDA, Flávia Ferreira de and <sup>5</sup>ALEXANDRE Fernandes

<sup>1</sup>Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis-Go, UniEVANGÉLICA, Brasil

<sup>2</sup>Enfermeira, Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis-Go, UniEVANGÉLICA, Mestre em Atenção à Saúde, Brasil

<sup>3</sup>Enfermeiro, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia-Go, Doutor em Ciências da Saúde, Brasil

<sup>4</sup>Letrista e Pedagoga, Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Mestre em Educação, Brasil

<sup>5</sup>Enfermeira. Professora no Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Brasil

<sup>6</sup>Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Mestre em Ciências da Saúde, Brasil

<sup>7</sup>Enfermeiro. Docente na Universidade Paulista - Campus Brasília. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Brasil

<sup>8</sup>Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Brasil

<sup>9</sup>Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Mestre em Enfermagem, Brasil

<sup>10</sup>Enfermeira. Docente no Centro Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA, Mestre em Ciências Ambientais, Brasil

### ARTICLE INFO

#### ArticleHistory:

Received 27<sup>th</sup> September, 2019

Received in revised form

19<sup>th</sup> October, 2019

Accepted 03<sup>rd</sup> November, 2019

Published online 31<sup>st</sup> December, 2019

#### Key Words:

Gravidez de Alto Risco,  
Processo de Enfermagem,  
Hipertensão,  
Hipertensão Induzida pela Gravidez.

#### \*Corresponding author:

MOURA, Sinara Gomes

### ABSTRACT

**Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), no período gravídico-puerperal hospitalizadas numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, Brasil Central. **Metodologia:** Estudo misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado num hospital filantrópico no interior de Goiás, entre os dias 1 a 30 do mês de agosto de 2019. A amostra foi composta de 13 mulheres com diagnóstico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal. **Resultados e Discussão:** Houve predomínio de puérperas, jovens, com baixa escolaridade e renda familiar. Tais achados revelaram fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres. Os diagnósticos de Letramento Funcional em Saúde ineficaz e Controle ineficaz do regime terapêutico, ambos relacionados ao nível de conhecimento/compreensão da mulher, foram os mais prevalentes, ratificando a necessidade de investimentos no pré-natal com estratégias educativas com metodologias de ensino aprendizagem que partam das especificidades e particularidades desse grupo de mulheres. Das narrativas emergiram 03 (três) categorias temáticas: Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade; Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG; Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva da Gravidez (DHEG). **Considerações finais:** No decorrer da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da síndrome. Durante a assistência Pré Natal, as pacientes não foram claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como não tiveram suas dúvidas sanadas. É notória a ausência de uma assistência de qualidade e um letramento em saúde, haja vista em muitos casos ter sido verificadas orientações incorretas às gestantes, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia.

## INTRODUCTION

A gestação é notoriamente um momento singular na vida da mulher, no qual, ela vivencia intensas experiências e transformações, que envolvem fatores biopsicossociais e espirituais. Esse período pode ser classificado como baixo risco ou risco habitual e alto risco, podendo na maioria dos casos evoluírem sem intercorrências, contudo, uma parcela emergente de gestantes apresentam complicações durante o período perinatal, que compreende todo o período gestacional, sendo considerada de alto risco (CDC, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2017). No Brasil, em casos de gestação de baixo risco, o enfermeiro é o profissional habilitado e qualificado para realizar a assistência Pré-natal (PN), intercalando as consultas com o médico. O enfermeiro é capacitado para identificar sinais que classifique a gestante em alto risco e encaminhá-la para atendimento especializado com médico obstetra (COFEN, 1986). Essa atuação é respaldada pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do exercício profissional de enfermagem). Caracteriza-se como gestação de alto risco aquelas que apresentam complicações que evidenciam riscos para a saúde do binômio (mãe e bebê), bem como as complicações hipertensivas. A hipertensão acarreta maior índice de morbimortalidade materno fetal, cerca de 10% das gestações, sendo a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) uma complicação frequente da gestação (LANGARO; SANTOS, 2014; THEILEN *et al.*, 2016; WENGER *et al.*, 2018).

Apesar de o conhecimento da fisiopatologia ser parcial, sabe-se que a DHEG é uma doença multifatorial que envolve fatores imunológicos, genéticos e ambientais, necessitando de uma atenção especial, pois esta pode ocorrer de formas distintas, sendo mais comuns as formas isolada ou associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que acomete uma parcela considerável da população. Em gestantes, ambas as formas acometem vários órgãos maternos, podendo causar desfechos fatais para o binômio (COZENDEY *et al.*, 2015; GRANDI *et al.*, 2019). Logo, a DHEG é comumente caracterizada por uma tríade, que contempla principalmente a elevação dos níveis pressóricos após a 20ª semana de gestação ou agravar uma hipertensão pré-existente. A hipertensão na gestação é classificada em graus, que vão desde a Pré-eclâmpsia (PE), até formas mais graves, como a eclâmpsia, podendo evoluir para a Síndrome de HELLP, trazendo consequências maiores para o binômio (BRASIL, 2012). O profissional enfermeiro, com todo o seu raciocínio crítico e julgamento clínico, por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem, deve atuar na prevenção e detecção precoce das síndromes hipertensivas, realizando uma consulta PN resolutive, integral e equânime, e encaminhar as gestantes para a consulta de alto risco, se constatado alterações nos níveis pressóricos da paciente (MEDEIROS *et al.*, 2016; MARIANO *et al.*, 2018; ALBISHRY *et al.*, 2018). O presente estudo, considerado inédito em nossa região, é relevante pelo alto índice de incidência de DHEG e pelo aumento gradativo da morbimortalidade fetal em todo o mundo. Os achados possuem o potencial de fortalecer o cuidado ao binômio, ao pai e aos familiares, uma vez que subsidiará as intervenções de enfermagem na perspectiva de minimizar a sintomatologia da DHEG e suas complicações, possibilitando também às gestantes serem protagonistas de sua terapêutica, promovendo o autocuidado, por meio de mudanças no estilo de vida, e consequentemente podendo vivenciar em sua plenitude esse

importante ciclo da vida. O presente estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em mulheres com DHEG no período gravídico-puerperal hospitalizadas numa maternidade filantrópica no município de Anápolis-Go, Brasil Central, bem como propor intervenções de enfermagem.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, misto com abordagem quantitativa e qualitativa. Um estudo descritivo tem como finalidade descrever particularidades de uma determinada população ou evento, utilizando ferramentas para a coleta de dados padronizadas, como questionários e uma observação sistemática. A pesquisa de abordagem qualitativa não utiliza medições numéricas para a interpretação dos dados, ela fundamenta-se em um processo analítico, que vai do individual ao coletivo. Tem a intenção de compreender as perspectivas, as opiniões e a visão sobre determinada realidade dos participantes, com base em entrevistas, análise de dados e discussão dos resultados obtidos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

**O cenário de pesquisa foi o setor materno-infantil de um:** hospital filantrópico no interior de Goiás na cidade de Anápolis, entre os dias 1º a 30 do mês de agosto de 2019. Anualmente cerca de 500 mil pessoas, advindas de 50 cidades do interior são atendidas. Segundo dados disponibilizados pela instituição, são realizados cerca de 13.153 atendimentos em obstetrícia, uma média de 420 partos mensais (baixo e alto risco), portanto referência no município para alto risco. A amostra foi composta por 13 mulheres com diagnóstico médico confirmado de DHEG no período gravídico-puerperal, com idade acima de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), conforme Resolução do Conselho Nacional da Saúde 466/2012. Inicialmente foi realizada uma consulta de enfermagem, utilizando o protocolo clínico da instituição alvo do estudo e a *Nanda International nursing diagnoses: definitions and classification, eleventh edition, 2018-2020* (NANDA, 2019) para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, a técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, gravada em MP4, contendo perguntas abertas e fechadas referente aos sentimentos de pacientes diagnosticadas com DHEG no período gravídico-puerperal. O ambiente da entrevista foi um local privativo destinado pela instituição, onde as coletas de dados foram realizadas individualmente, com participação voluntária. As pacientes tiveram autonomia para decidir participar ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento, caso arrependessem-se de ter assinado o TCLE. Os dados qualitativos coletados foram analisados utilizando a ferramenta de análise conteúdo de Bardin (2016), que trabalha com um conjunto de técnicas, de análise e de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e percepção das mensagens e de onde emergirão as categorias de análises e núcleo de sentido (BARDIN, 2016). Segundo Bardin (2016) há várias formas de fazer uma entrevista. Na pesquisa, propuseram-se entrevistas não diretivas, focalizadas, semiestruturadas, curtas e fáceis, as quais foram transcritas na íntegra, incluindo risos e hesitações. O diálogo deve ocorrer espontaneamente para que o entrevistado expresse sua vontade, representando livremente aquilo que viveu sentiu e pensou a respeito do caso. A análise

das entrevistas é muito significativa e delicada, exige muito mais do que apenas uma investigação das respostas. Tem como objetivo, compreender através das falas dos participantes, a realidade do indivíduo ou da população (BARDIN, 2016). Para melhor resultado, a análise dos dados é dividida em três partes: Pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase de organização, em que são traçadas as ideias principais, com o intuito de conduzir um esquema sistemático e preciso, e a transcrição do material na íntegra. É elaborado um plano de análise, atendendo as três missões estabelecidas: a escolha dos documentos para análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores da interpretação final. A exploração do material, fase mais longa e cansativa, é a tomada de decisão sistemática, ou seja, fase em que é realizada a codificação do material que permite uma descrição das características próprias do conteúdo (BARDIN, 2016). A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação consiste no tratamento significativo e válido dos resultados, realiza-se operações estatísticas, quadro de resultados, diagramas, figuras etc., dispondo as informações obtidas em relevo, podendo servir de base para outra análise de novas dimensões teóricas (BARDIN, 2016). Após avaliação de todas as fases, são idealizadas as categorias, ou seja, a classificação dos resultados pelas características pré-definidas pelo analista. Já na análise quantitativa, utilizou-se o pacote estatístico SPSS 20.0 e os dados foram apresentados em frequências e média, utilizando tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA Centro Universitário de Anápolis/GO sob o Parecer N3. 2019.034, e CAAE 03919318.2.0000.5076.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integrou o estudo um total de 13 participantes, destas a maioria eram puérperas (n=09/13) e a minoria gestantes (n= 04/13), cujas características sócio- demográficas encontram-se descritas na Tabela 1. Observa-se que houve predominância de pacientes com idade de 31 a 40 anos (n=07/13). Em relação à raça/cor, mais da metade (n=07/13) das participantes relatam se considerar pardas. Quanto à escolaridade, (n=7/13) das participantes apresentaram baixo grau de escolaridade (Ensino Fundamental incompleto). O nível de escolaridade é um fator importante para a pesquisa, podendo interferir diretamente no grau de compreensão das mulheres, que podem ter dificuldades para interpretar informações. Ao observar o estado civil, houve igualdade entre solteira, casada e com união estável. Os dados apresentados na tabela acima divergem do estudo realizado por Lima *et al.* (2018), no qual a idade de maior prevalência foi de 18 a 34 anos, mais da metade casada e a maioria afirmava escolaridade de nível médio. Corroborando com esta pesquisa outro estudo, mostra a prevalência do perfil sócio demográfico, em que a idade média varia entre 20 e 39 anos, com baixa escolaridade, casada e de cor branca (SBARDELOTTO *et al.*, 2018). A tabela 2 mostra a distribuição das participantes conforme o perfil obstétrico das gestantes / puérperas para o diagnóstico de risco. Observa-se a predominância de participantes em período puerperal (n=09/13), não sendo encontrado, até o momento, pesquisam que confirme o achado. A tabela 3 mostra a distribuição da Idade gestacional (IG) atual em relação às participantes gestantes / puérperas em relação à descoberta do diagnóstico. Ao analisar a tabela 3, a IG atual e a ser diagnosticada, verificou-se que as participantes gestantes estavam som uma média entre 20 e >31 semanas gestacionais, e em relação à descoberta do diagnóstico, a maior parte foi diagnosticada com

IG entre 21 a 30 semanas (n=5/13), seguida de participantes com IG maior que 31 semanas (n=4/13). A análise criteriosa do corpus, bem como dos dados contidos nos prontuários das participantes, reuniu as narrativas obtidas dentre todas as entrevistadas e deu origem a 03 (três) categorias temáticas, as quais estão dispostas e representadas, a seguir (Figura 1).

**Categoria A – Relevância da Assistência Pré-natal de Qualidade:** A descoberta da gravidez gerou nas participantes um misto de sentimentos, como susto, espera, surpresa, preocupação, estado de felicidade e a realização de um sonho, o que se considera normal, por serem sentimentos que estão presentes durante o período gestacional da maioria das mulheres.

“Eu estava sonhando (risos) era um sonho [...]” (Paciente 01)  
 “Uai (risos), uai, eu fiquei assustada, porque eu não queria engravidar agora [...]” (Paciente 05)  
 “Ah, felicidade, tudo que eu mais queria (risos) [...]” (Paciente 11)  
 “Ah, eu fiquei preocupada só, por conta da pressão, porque todas são assim [...]” (Paciente 12)  
 “Foi uma surpresa né [...]” (Paciente 10).

A descoberta da gestação para as mulheres implica em vários fatores, especialmente emocionais, podendo ser sentimentos distintos como a felicidade, a realização de um sonho, surpresa ou até mesmo a preocupação, contudo, estudos apontam que os sentimentos vivenciados na gestação podem mudar a cada trimestre. No primeiro trimestre é comum o sentimento de ambivalência, quando habitualmente se descobre a gestação, já no segundo trimestre a mulher assimila melhor a gravidez em razão do início dos movimentos fetais que proporcionam um equilíbrio emocional (LIMA *et al.*, 2014). A presença de sentimentos positivos na descoberta da gestação pode estar diretamente relacionada ao planejamento familiar, apoio do companheiro e/ou da família ou, simplesmente, ao desejo da mulher de tornar-se mãe, mas se ocorre o oposto disto, essencialmente a falta de apoio familiar ou do companheiro, a mulher pode vivenciar sentimentos negativos como a desesperança, solidão ou até mesmo a rejeição da gravidez (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Durante a realização das entrevistas, notou-se que é essencial que não só o companheiro, mas também os grupos familiares estejam envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a chegada de um novo membro à família pode acarretar em medos e incertezas para a gestante, no entanto, quando há a participação, principalmente, do companheiro, a mulher sente-se mais segura frente a esses sentimentos. Nessa perspectiva, a assistência PN tem como objetivo garantir o crescimento e desenvolvimento do bebê, promovendo um parto saudável e sem provocar riscos à saúde da mãe. Para uma melhor e mais eficaz assistência, é importante o seu início precoce, até a 12ª semana de gestação, visto que o primeiro trimestre exige maiores cuidados. O número ideal de consultas durante a assistência é de no mínimo seis, preferencialmente mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais até a 36ª semana de gestação, semanais até 41ª semana de gestação e uma consulta puerperal até 42 dias pós-parto (BRASIL, 2012). Nesse período, o acompanhamento PN é fundamental, pois por meio deste, o médico realiza as consultas PN de baixo risco intercaladas com o profissional enfermeiro, conseguindo detectar precocemente sinais e sintomas sugestivos de gestação

**Quadro 1. Distribuição das gestantes / puérperas hipertensas segundo os diagnósticos de enfermagem encontrados Anápolis-GO, 2019**

| Título                                  | Fatores Relacionados   | Características Definidoras  | N  | %     |
|---|--|--|----|-------|
| Letramento Funcional em Saúde Ineficaz  | Dificuldade de compreensão da patologia                            | Falta de conhecimento sobre a patologia.   | 10 | 76,92 |
| Controle Ineficaz do Regime Terapêutico | Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico               | Dificuldade com o regime prescrito.  | 09 | 69,23 |
| Manutenção Ineficaz da Saúde            | Estratégias de enfrentamento ineficazes                            | Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.       | 07 | 53,84 |
| Débito cardíaco diminuído               | Pré e pós-carga alterada   | Edema, fadiga e ansiedade.   | 05 | 38,46 |
| Volume Excessivo de Líquido             | Íngesta excessiva de sódio e retenção de líquidos                  | Alteração da pressão sanguínea, edema e ganho de peso em curto período.                  | 07 | 53,84 |
| Conforto Prejudicado                    | Sintomas relacionados à doença                                     | Desconforto com a situação, alteração no padrão de sono e incapacidade de relaxar.       | 06 | 46,15 |
| Dor Aguda                               | Agente lesivo biológico  | Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor.            | 04 | 30,76 |
| Ansiedade                               | Ameaça à condição atual  | Incerteza, medo, nervosismo e ameaça à condição atual.                                   | 08 | 61,53 |
| Padrão de Sono Prejudicado              | Padrão de sono não restaurador (práticas de maternidade)           | Dificuldade de iniciar e manter o sono.  | 04 | 30,76 |
| Título                                  | Fatores Relacionados   | Características Definidoras  | N  | %     |
| Padrão da sexualidade alterado;         | Falta de habilidades quanto a alternativas relativas à sexualidade | Alteração na atividade sexual e Dificuldades na atividade sexual.                        | 06 | 46,15 |
| Medo                                    | Cenário pouco conhecido  | Aumento da pressão arterial e Aumento da tensão e foco direcionado para a fonte do erro. | 07 | 53,84 |
| Processos Familiares Interrompidos      | Mudança do estado de saúde de um membro da família                 | Mudança na participação para a solução de problemas e Mudança na somatização.            | 04 | 30,76 |

**Quadro 2. Intervenções de enfermagem NIC para os diagnósticos encontrados nas pacientes com DHEG, Anápolis-GO, 2019**

| Diagnósticos de Enfermagem              | Intervenções de Enfermagem   |
|---|--|
| Letramento Funcional em Saúde Ineficaz  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a participação em grupos de apoio;</li> <li>Esclarecer as dúvidas mais frequentes das pacientes;</li> </ul>   |
| Controle Ineficaz do Regime Terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar orientações sobre a patologia, fisiopatologia, tratamento e gravidade.</li> <li>Melhorar letramento em saúde das participantes;</li> <li>Orientar quanto à importância da terapêutica realizada;</li> <li>Realizar educação em saúde sobre a patologia e o tratamento.</li> </ul>    |
| Manutenção Ineficaz da Saúde            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar o paciente ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação;</li> <li>Estimular o paciente a dirigir-se ao departamento de emergência, se adequado;</li> <li>Avisar o paciente sobre consultas agendadas, conforme apropriado.</li> </ul>                                 |
| Débito cardíaco diminuído               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído;</li> <li>Monitorar sinais vitais com frequência;</li> <li>Promover a redução do estresse.</li> </ul>   |
| Volume Excessivo de Líquido             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar localização e extensão do edema, se presente;</li> <li>Consultar médico se os sinais/sintomas de excesso de volume de líquidos persistirem ou piorarem;</li> <li>Monitorizar indicações de sobrecarga/retenção de líquidos.</li> </ul>  |
| Conforto Prejudicado                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Criar um ambiente calmo e de apoio;</li> <li>Proporcionar um ambiente seguro e limpo;</li> <li>Determinar as origens do desconforto.</li> </ul>   |
| Dor Aguda                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;</li> <li>Investigar com a paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;</li> <li>Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor (ex: medo, cansaço, monotonia e falta de informação).</li> </ul> |
| Ansiedade                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Usar abordagem calma e tranquilizadora;</li> <li>Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a paciente possa ter durante o procedimento;</li> <li>Orientar a paciente sobre uso de técnicas de relaxamento</li> </ul>   |
| Padrão de Sono Prejudicado              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir;</li> <li>Conversar com a paciente e a família sobre técnicas para melhorar o sono;</li> <li>Adaptar o ambiente para promover o sono.</li> </ul>   |
| Diagnósticos de Enfermagem              | Intervenções de Enfermagem   |
| Padrão da sexualidade alterado;         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informar sobre a função sexual, conforme apropriado;</li> <li>Encorajar a paciente a verbalizar medos e a fazer perguntas;</li> <li>Discutir sobre o efeito da situação/doença na sexualidade.</li> </ul>   |
| Medo                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Encorajar a paciente a identificar os fatores que desencadeiam o medo;</li> <li>Propor medidas que aliviam o medo;</li> <li>Promover apoio para minimizar os fatores desencadeantes do medo.</li> </ul>   |
| Processos Familiares Interrompidos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajudar os membros da família a usar os mecanismos de apoio existentes;</li> <li>Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação;</li> <li>Encorajar a manutenção do contato com os membros da família, conforme apropriado.</li> </ul>               |

de alto risco, e se confirmada, é realizado o encaminhamento dessas gestantes para as unidades de referência (BRASIL, 2006). Deve-se realizar um acolhimento com classificação de risco, para obter não apenas o diagnóstico, como também levantar prioridades clínicas que podem ser fatais, como no caso da DHEG (BRASIL, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a confirmação do diagnóstico de DHEG se dá pelo aumento da PA a partir da 20ª semana de gestação, podendo persistir até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012). Nos casos em que a elevação da PA se dá antes da confirmação da gravidez, durante a gestação, antes da 20ª semana e não se normalizando até 12 semanas pós-parto é considerada uma hipertensão arterial crônica. Em concordância com o Ministério da Saúde (MS), no estudo foi identificado que a maioria das participantes teve seu diagnóstico confirmado de DHEG com idade gestacional maior que 20 semanas.

“25 e alguns dias que eu não sei quantos” (Paciente 02)

“A partir [...] 24 semanas de gravidez [...]” (Paciente 06)

“Depois de 25 semanas para frente” (Paciente 09)

“36 semanas” (Paciente 10)

Em relação ao diagnóstico preexistente de hipertensão arterial, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa realizada, no qual se observou que a maioria das participantes não possuía diagnóstico prévio de hipertensão, o que as surpreendeu com a confirmação da DHEG. Uma minoria já possuía diagnóstico de hipertensão antes da gestação, conforme relatos transcritos.

“Sim, desde os 23, eu tomo remédio controlado, benicar 40mg com HCT de 12,5” (Paciente 02)

“Eu sou hipertensa antes de engravidar” (Paciente 11)

“Não, só durante a gestação” (Paciente 13)

“Graças a Deus. Mais ou menos duas semanas pra cá que começou” (Paciente 01)

Ainda em concordância com o MS, em relação à sintomatologia, foram identificados nas respostas das pacientes, queixas como cefaleia, síncope, edemas e em alguns casos, apenas a elevação da PA.

"Eu sou assintomática, totalmente assintomática" (Paciente 2)

"[...] Muita dor de cabeça [...]" (Paciente 6)

"Vista escurecida [...]" (Paciente 9)

"Foi as pernas inchadas e dor de cabeça, dando ânsia de vômito" (Paciente 12)

A DHEG é caracterizada por uma tríade de sintomas (elevação da PA, proteinúria e edema). Na ausência da proteinúria, alguns sintomas são sugestivos, como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. O edema isolado não é considerado sugestivo, pois aparece com muita frequência nas gestantes (BRASIL, 2012). A assistência PN, quanto a orientações específicas direcionadas ao diagnóstico da DHEG, acompanhamento e monitoramento de seus sinais e sintomas, aparece de forma vaga.

“Sim. Na medida do possível o que dá pra seguir a gente segue né [...]” (Paciente 04)

“Fui. (Risos) de vez em quando” (Paciente 07)

“Sim, comida mais sem sal, comidinha mais leve. Sim, menos a do exercício físico” (Paciente 08)

“Foi, foi sim. De alimentação sim, só de exercício físico que não” (Paciente 09)

O acompanhamento PN deve ser realizado de forma holística, voltado à prevenção de patologias, o que é essencial para a detecção precoce de intercorrências e consequentemente redução de complicações e mortalidade materno-fetal (BRITO *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2016). O MS preconiza uma assistência voltada para a prevenção de agravos e promoção de saúde. Os profissionais responsáveis devem orientar as gestantes a frequentarem corretamente as consultas, bem como participar ativamente de grupos de apoio à gestante, nas quais serão realizadas orientações voltadas para a prevenção de doenças, como a DHEG (BRASIL, 2012). O monitoramento em específico deixa a desejar, uma vez em que, as participantes em suas falas não compreendem a gravidade da comorbidade.

“Não, porque eu só fui em uma consulta” (Paciente 03)

“Não. Eu mesmo que ficava monitorando em casa, olhando com o medidor” (Paciente 08)

Em conformidade com o MS da saúde, no estudo realizado por Sbardelotto (2018), as gestantes que apresentem hipertensão gestacional devem ser aconselhadas e esclarecidas quanto ao risco de adquirir uma hipertensão mais grave em gestações posteriores, como também alertar as pacientes hipertensivas sobre a chance da hipertensão se agravar durante a gestação (BRASIL, 2012; SBARDELOTTO *et al.*, 2018).

### ***Categoria B – Letramento em saúde (LS): importância do domínio do diagnóstico da DHEG***

Ao receberem a confirmação do diagnóstico de DHEG, o desconhecido levou as participantes a um misto de sentimentos e sensações. A evidência maior se deu para o sentimento relacionado à preocupação e ao medo.

“Fiquei preocupada, com medo” (Paciente 06)

“Ah a gente fica com medo né, porque pressão alta é perigoso. Senti medo e preocupação” (Paciente 11)

Em consonância com estudo realizado por Santana (2019), o diagnóstico de DHEG só é revelado para a paciente no momento de sua internação devido ao agravamento da sintomatologia, gerando então sentimentos de medo, susto, preocupação, desespero e ansiedade. Em muitos casos, o suporte emocional é deixado de lado pelos profissionais, há preocupação apenas com os cuidados clínicos, não demonstrando empatia para com as pacientes e nem esclarecendo as dúvidas acerca do diagnóstico (SANTANA, *et al.*, 2019). Ao serem questionadas sobre o conhecimento acerca da comorbidade, a maioria das participantes afirmam ter conhecimento superficial, mínimo sobre o assunto. Ainda, evidencia-se a perda da oportunidade por parte dos profissionais de saúde de no momento do pré-natal ou até mesmo no centro de convivência do alojamento conjunto de orientar as participantes.

“[...] Só fala de pressão alta né [...]” (Paciente 01)

“Não muito, estou começando a entender agora” (Paciente 04)

“[...] Só fala que é pressão alta, mas eu nunca me preocupei não, procuro não me preocupar com esse trem não, acho que é pior [...]” (Paciente 05)

O letramento em saúde consiste na competência e habilidade dos profissionais em compreender as informações básicas para funcionamento dos serviços de saúde, favorecendo as tomadas

de decisões frente a cada caso. A ineficácia do letramento em saúde, associada com uma comunicação ineficaz por parte de toda a equipe, influência nos resultados e na qualidade dos atendimentos, estando associado com a diminuição dos serviços de promoção e prevenção da saúde (MARAGNO; LUIZ, 2016). Lima, Jesus e Silva (2018) consideram importante o uso das tecnologias do cuidado em saúde. Essas tecnologias consistem em toda forma de conhecimento para resolver ou minimizar os problemas de saúde da população, qualquer intervenção relacionada à promoção, prevenção e reabilitação. Divide-se em: leve (vínculo e humanização), leve-dura (saber estruturado e protocolizado) e dura (máquinas e aparelhos) (LIMA; JESUS; SILVA, 2018). As tecnologias leves baseiam no processo de humanização e, com o passar do tempo, a implementação desse tipo de tecnologia vem sendo ineficaz, visto que as tecnologias duras estão cada vez mais presentes, permitindo que os profissionais deixem de lado as relações interpessoais e afetivas. Em uma pesquisa realizada por Lima (2018), constatou-se que há uma perda notória do cuidado afetivo e da humanização, sendo substituído por tecnologias duras (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Por esse motivo é necessário intensificar reuniões de apoio com as gestantes nas UBS, reforçando o uso e a importância das tecnologias leves, com atividades educativas que estimulem o protagonismo, a individualidade e a troca de experiências. Foi constatado em pesquisa realizada por Queiroz *et al.* (2016) que o grupo de gestantes promove aproximação com o profissional enfermeiro, favorecendo uma maior segurança e confiança para expor dúvidas, queixas, sentimentos e interagir com as outras participantes. O grupo proporciona às pacientes, interesse em questionar sobre todos os fenômenos da gravidez, informações sobre todo o período gravídico-puerperal, além de proporcionar discussões a respeito dos cuidados a serem prestados, com o intuito de promover nas pacientes sentimentos de sensibilidade e aceitação (KLEIN; GUEDES, 2008). Queiroz (2016) ressalta ainda a importância da comunicação e escuta qualificada por parte do profissional para estabelecer vínculo com a paciente e mantê-la presente no grupo ativamente e reconhecer a unidade de saúde como um ambiente de apoio e confiança (QUEIROZ *et al.*, 2016). Em discordância com a literatura, houve um depoimento isolado no qual se evidencia o letramento funcional em saúde ineficaz tanto por parte da participante quanto do profissional de saúde. “Não. O rapaz que eu estou fazendo o pré-natal, ele falou que era normal, que isso num dá nada não” (Paciente 08)

Sabe-se que uma gestante com diagnóstico confirmado de DHEG deve ser acompanhada por uma assistência PN de alto risco ou ser encaminhada diretamente para uma emergência obstétrica, devido ao aumento significativo da probabilidade de intercorrências que podem evoluir para óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012). É necessário que os profissionais da área realizem ações de educação em saúde, principalmente no grupo de gestantes, a fim de promover o autocuidado e estimular a prevenção de comorbidades, como a DHEG. Para isso, deve-se orientar quanto às mudanças no estilo de vida e adoção de alimentação e hábitos saudáveis, diminuindo assim, os índices de complicações durante a gestação (DOMINGUES; PINTO; PEREIRA, 2018). Miranda e Barroso (2014) reconhecem que Paulo Freire foi um revolucionário que influenciou as práticas de educação, podendo citar as técnicas de aprendizagem, comunicação, abordagem da linguagem contemporânea, dentre outras.

Estas práticas estão diretamente ligadas à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes, dado que, o profissional é considerado um educador em saúde. O atual modelo de educação deve muito ao estudioso. Este teve participação importante na enfermagem, incorporando a reflexão crítica e problematizada, uma vez que buscava desmistificar o conceito que o paciente é apenas o receptor passivo (RIBEIRO, 2013). Em consequência, observa-se que no cotidiano, grande parte dos profissionais de saúde não demonstra domínio na comunicação efetiva e, na educação em saúde, atua apenas no cuidado tecnicista, ausentando-se da responsabilidade de educador e preceptor de orientações (OTANI, 2013).

**Categoria C – Diagnósticos de Enfermagem na Doença Hipertensiva da Gravidez (DHEG):** A coleta de dados realizada junto as participantes e em prontuários permitiu uma associação de achados clínicos e patológicos, que levou a identificar os principais diagnósticos de enfermagem acometidos pela DHEG. Pode-se evidenciar que a complexidade da citada patologia, além de requerer da equipe de enfermagem assistência clínica eficaz e eficiente, demanda, também, atividades educativas que visam à estruturação física e emocional das gestantes / puerperas para redução dos agravos decorrentes da doença e ao empoderamento delas na busca de assistência qualificada (REINERS *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2016). No Quadro 1 a seguir são descritos os principais diagnósticos de enfermagem encontrados, seus fatores relacionados e suas características definidoras.

Pode-se observar que o diagnóstico mais prevalente foi o de letramento funcional em saúde ineficaz, posto que a maioria das pacientes desconhecesse sobre sua patologia, bem como os riscos ao binômio e poucas demonstravam interesse em entender sobre a comorbidade que a acomete. Outro diagnóstico que chamou a atenção das pesquisadoras foi o de ansiedade, comprovado pelos relatos de pacientes, acerca da gravidade de seu caso. Muitas se demonstravam preocupadas com os riscos futuros, gerando um misto de emoções, incluindo a ansiedade para ir embora e poder ficar com o seu bebê. Algumas pacientes diziam não se sentir preocupadas, mas era perceptível a preocupação demonstrada pela linguagem não verbal. No estudo de Reiners *et al.* (2009), o diagnóstico de ansiedade mostrou-se diretamente relacionado aos sentimentos das pacientes sobre as sequelas que poderiam afetar o bebê e a si mesmas, sendo sugeridas, para este caso, formas de prevenção para o desenvolvimento da síndrome hipertensiva, por meio de oficinas e educação em saúde. Interligado com o diagnóstico de ansiedade, foi evidenciado o de medo. As pacientes gestantes relatavam durante as entrevistas que sentiam muito medo do parto. E no caso das puerperas, o maior medo era acontecer algo mais grave e não poderem ficar com o bebê. Diante disso, foram identificados os diagnósticos de controle ineficaz do regime terapêutico e manutenção ineficaz da saúde evidenciada pela ausência de interesse em prosseguir com o tratamento corretamente e por não demonstrar interesse em condutas para prevenção. De acordo com o estudo de Aguiar (2010), o edema é caracterizado pelo acúmulo de líquido entre os tecidos, podendo ser localizado ou generalizado, evidenciando o diagnóstico de volume excessivo de líquido. Na pesquisa, as maiores das participantes queixaram-se da presença de edema, além de ter sido visualizado pelas pesquisadoras, o que favoreceu a identificação deste diagnóstico (AGUIAR *et al.*, 2010).

Também, pesquisa de Herculano *et al.*, (2011), foi confirmado o diagnóstico de conforto prejudicado. Durante a entrevista, era perceptível o desconforto das pacientes diante da hospitalização, demonstram não se sentir bem e desejavam a volta para casa, onde poderiam descansar. Ainda corroborando com Herculano (2011), o diagnóstico de dor aguda, foi evidenciado nos relatos. No estudo citado, as pacientes caracterizavam as dores como intensidade leve, subentende-se então que a equipe de enfermagem estava atuando de forma eficaz para a diminuição da queixa (HERCULANO *et al.*, 2011). De acordo com Aguiar *et al.* (2010), a dor relatada pelas pacientes está ligada ao aumento e a presença de hormônios que induzem o relaxamento de tecidos, permitindo maior mobilidade das articulações. Em relação ao diagnóstico de débito cardíaco diminuído, não foram encontrados estudos que corroborem com a pesquisa. O diagnóstico foi evidenciado pelas pesquisadoras principalmente por alterações na pré e pós-carga cardíaca, devido à presença de edema, de fadiga, de ganho de peso, de alterações da pressão e em alguns casos, de dispneia. O diagnóstico de padrão de sono prejudicado corrobora com o estudo de Reiners *et al.* (2009) e Aguiar *et al.* (2010), no qual a evidência maior se deu através de relatos de ansiedade, medo, preocupação e desconforto do ambiente hospitalar. Em concordância com Reiners *et al.* (2009), os diagnósticos de padrão da sexualidade alterada e dos processos familiares interrompidos deram-se principalmente ao psicológico afetado das participantes, dado que a patologia gerou vários sentimentos de preocupação e medo nas famílias em que a maioria não era observado apoio familiar.

### Considerações Finais

Os Diagnósticos de Letramento Funcional em Saúde Ineficazes e de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, ambos relacionados ao nível de conhecimento/compreensão da mulher, foram os mais prevalentes, ratificando a necessidade de investimentos no pré-natal com estratégias educativas com metodologias de ensino aprendizagem que partem das especificidades e particularidades desse grupo de mulheres. No decorrer da realização da pesquisa, observou-se a incompreensão e o desconhecimento das pacientes acerca da gravidade da DHEG, o que legitima os dados quantitativos do estudo. Durante a assistência PN, as pacientes deveriam ter sido claramente orientadas a respeito da prevenção e dos possíveis riscos, bem como, ter tido suas dúvidas sanadas, fato não evidenciados nos dados da pesquisa. Verificou-se ausência e/ou ineficiência de uma assistência de qualidade e necessidade de letramento em saúde, haja vista as orientações equivocadas das participantes, o que pode ser justificado pelo despreparo dos profissionais atuantes, muito possivelmente por não terem realizado suas consultas utilizando a taxonomia NANDA, como também, desinteresse de algumas pacientes em realizar questionamentos a respeito da patologia. Em parte, houve orientações sobre os meios de prevenção pelos profissionais, mas em contrapartida, as pacientes não seguiam essas orientações, o que favoreceu o surgimento e/ou agravamento da comorbidade. Para melhorar a assistência PN, sugere-se que sejam realizadas capacitações e educação permanente para os profissionais do setor em busca de melhoria do atendimento oferecido e garantia de humanização da assistência. Com essas ações, espera-se que os índices de complicações e óbitos materno-fetais diminuam. Após levantados os diagnósticos de enfermagem para pacientes com DHEG, foi elaborado um quadro contendo as intervenções necessárias para facilitar na

leitura e auxiliar o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pelos profissionais atuantes. Ao propor as intervenções, espera-se que a equipe de enfermagem atue de forma integral e humanizada, atendendo as queixas das pacientes e promovendo uma assistência qualificada e resolutive, sempre considerado a fundamentação da ciência enfermagem em obstetrícia, com diagnósticos de enfermagem, que, de fato, atendam às necessidades reais das mulheres nesse ciclo de vida tão peculiar e significativo para a paciente e para a coletividade. Com a realização da pesquisa, foi possível observar que é de suma importância uma assistência PN, uma vez que durante as consultas é possível identificar fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades evitáveis, e se caso constatadas patologias, encaminhá-las para a assistência qualificada segundo os fatores biopsicosocioculturais e espirituais de cada mulher e de sua rede social.

### REFERÊNCIAS

- Aguiar, Maria Isis Freire de et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.
- Bardin, L. Análise de conteúdo. {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Brasil, M. S. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [internet]. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em: 17/11/2018.
- Brasil, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atenca\\_o\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atenca_o_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 23, Ago. 2019.
- Brasil, Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde. Brasília, MS: 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 12, out de 2019.
- Brito, Karen Krystine Gonçalves et al. The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 2717-2725, julho 2015.
- Bulechek, Glória, M; Butcher, Howard, K; Dochterman, Joanne McCloskey. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed., Rio de Janeiro, Elsevier: 2010.
- Cofen, Conselho Federal de Enfermagem, Decreto nº 94.406/87 Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e da outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em: 07, Out. 2019.
- Cofen, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 11 de Nov de 2019.
- Cozendey, Aline Guedes et al. Análise Clínica E Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da

- Gestação. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/26>. Acesso em 04 Out, 2019. Domingues, Flávia; Pinto, Flávia Santos; Pereira, Valdina Marins. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 150-154, dez. 2018.
- HERCULANO, Marta Maria Soares et al. Aplicação DO Processo DE Enfermagem A Paciente COM Hipertensão Gestacional Fundamentada EM OREM. Rev Rene. Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):401-8.
- Klein, Michele Moreira de Souza; Guedes, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, Rio de Janeiro, Vol. 28, Nº. 4, 2008.
- Langaro, Fabíola; Santos, Andrea Hellena dos. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 34, n. 3, p. 625-642, Set. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso). Acesso em; 02 Nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.
- Lima, Adeânio Almeida; JESUS, Daniele Santos de; SILVA, Tainara Leal. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280320, 2018.
- Lima, Joseline Pereira et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. Rev Rene. Ceará, 2018.
- Maragno, Carla Andréia Daros; Luiz, Paloma PaveiVotri. Letramento Em Saúde E Adesão Ao Tratamento Medicamentoso: Uma Revisão Da Literatura. Revista Iniciação Científica, Criciúma, v. 14, n. 1, 2016.
- Miranda, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 631-635, Aug. 2004.
- Oliveira, Gleica Sodrê de et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. Revista Cuidarte, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017.
- Oliveira, Kátia Karine Pessoa Andrade de et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. Rev. enferm. UFPE online, v. 10, n. 5, p. 1773-1780, 2016.
- Otani, Márcia Aparecida Padovan. Comunicação Entre Profissionais DE Saúde E Paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. Tese de Doutorado. Unicamp. Campinas- SP, 2013.
- Queiroz, Maria Veraci Oliveira et al. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016.
- Reiners, Annelita Almeida Oliveira et al. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. Revista Mineira de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 232-237, 2009.
- Ribeiro, Fernanda Pereira. Paulo Freire na Comunicação e os Meios de “Comunicados”. Rizoma, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 2, p. 78-91, dez. 2013.
- Sampieri, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista Metodologia de pesquisa. 5 ed., Porto Alegre, PENSO: 2013.
- Santana, Rosane da Silva et al. Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Fortaleza, v.11, set. 2019.
- Sbardelotto, Taizeet al. Características Definidoras e Fatores Associados à Ocorrência das Síndromes Hipertensivas Gestacionais. Cogitare enferm., Curitiba, v. 23, n. 2, e53699, 2018.
- Shimizu, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, June 2009.
- Silva, Alana Moreira da et al. O Enfermeiro Perante A Hipertensão Gestacional. Revista Iniciação, Campo Mourão, v.2 nº.1 p. 22-26, jan./jun. 2017.
- SILVA., Daylane Fernandes da, JESUS, Érica Gomes; PERES, Lídia Câmara Peres. Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação. Rev. Faciplac, Brasília, v.2 nº.2, Ago. 2018.
- Silva, Rudval Souza da et al. Sistematização DA Assistência DE Enfermagem NA Perspectiva DA EQUIPE. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016.
- Theilen, Lauren H. et al. 2016. All-cause and cause-specific mortality after hypertensive disease of pregnancy. Obstetrics and gynecology, v. 128, n. 2, p. 238.
- Wenger, Nanette K. et al. 2018. Hypertension across a woman's life cycle. Journal of the American College of Cardiology, v. 71, n. 16, p. 1797-1813.
- Grandi, Sonia M. et al. 2019. Cardiovascular Disease-Related Morbidity and Mortality in Women With a History of Pregnancy Complications: Systematic Review and Meta-Analysis. Circulation, v. 139, n. 8, p. 1069-1079.
- Albishry, Shada Numayan Nami; AL Zahrani, DR HALA Thabet Ahlam. 2018. Evaluation of Pregnancy Outcomes among Women with Gestational Hypertension and its Relation to the provided health Care. Innovative Journal of Medical and Health Science, v. 8, n. 1, p. 10-18.
- MEDEIROS, Ana Lúcia de et al. 2016. Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. Revista gaucha de enfermagem, v. 37, n. 3.

\*\*\*\*\*