

PROPOSTA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À MULHER GRÁVIDA COM PRÉ-ECLÂMPsia: RELATO DE CASO

PROPOSED NURSING CARE PLAN FOR PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA: CASE REPORT

PROPUESTA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA MUJER EMBARAZADA CON PREECLAMPSIA: REPORTE DE CASO

Carolina Figueiredo¹
Maria Otília Zangão²

¹Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal | <https://orcid.org/0009-0009-1204-9219>

²Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal | <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Corresponding Author
Maria Otília Zangão
Universidade de Évora,
7004-516 Évora, Portugal

RECEIVED: 29th May, 2025
ACCEPTED: 24th April, 2026
PUBLISHED: 31st May, 2026

Servir, 2(14), e41841

DOI:10.48492/servir0214.41841

2026



RESUMO

Introdução: A pré-eclâmpsia é uma complicação grave que pode surgir durante a gravidez, considerada uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal.

Objetivo: Elaborar um plano de cuidados de enfermagem direcionado à mulher com pré-eclâmpsia com critérios de gravidade durante a gravidez, com base na análise de um caso prático.

Métodos: Este relato de caso é referente a uma utente grávida de 25 anos, com uma gravidez simples de 38 semanas e 1 dia, primigesta, com o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Para a colheita de dados seguiram-se as orientações do modelo teórico de Jean Watson. O artigo foi construído de acordo com a lista de verificação das diretrizes do CAsE REport (CARE). O plano de cuidados baseia-se na terminologia padronizada CIPE® e as intervenções de enfermagem foram sustentadas na NIC.

Resultados: Foram identificados 7 diagnósticos de enfermagem: hipertensão, ansiedade, desconforto, eliminação urinária comprometida, risco de infeção, risco de processo neurovascular periférico comprometido e risco de complicações durante a gravidez.

Conclusão: O/A Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exerce um papel fundamental no acompanhamento e na referência da grávida com pré-eclâmpsia, permitindo a identificação precoce de fatores de risco e comorbilidades, assegurando uma atuação atempada e eficaz. A elaboração deste relato de caso permitiu consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências essenciais na prática especializada em enfermagem de saúde materna.

Palavras-chave: pré-eclâmpsia; gravidez de alto risco; hipertensão; enfermeiros obstetras; medicina materno-fetal.

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is a serious complication that can arise during pregnancy and is considered one of the leading causes of maternal and fetal morbidity and mortality.

Objective: Draw up a nursing care plan for women with pre-eclampsia with severity criteria during pregnancy, based on the analysis of a case study.

Methods: This case report concerns a 25-year-old pregnant woman, with a single pregnancy of 38 weeks and 1 day, primigravida, diagnosed with pre-eclampsia. Data collection followed the guidelines of Jean Watson's theoretical model. The article was constructed following the CAsE REport (CARE) guideline checklist. The care plan is based on standardized ICNP terminology, and the nursing interventions were supported by NIC.

Results: Seven nursing diagnoses were identified: hypertension, anxiety, discomfort, impaired urinary elimination, risk of infection, risk of impaired peripheral neurovascular process and risk of complications during pregnancy.

Conclusion: The Nurse Specializing in Maternal and Obstetric Health plays a fundamental role in monitoring and referring pregnant woman with pre-eclampsia, enabling the early identification of risk factors and comorbidities, ensuring timely and effective interventions. This case report allowed the consolidation of theoretical knowledge and the development of essential skills in specialized practice in maternal health nursing.

Keywords: pre-eclampsia; pregnancy, high-risk; hypertension; nurse midwives; perinatology.

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es una complicación grave que puede surgir durante el embarazo, considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia con criterios de gravedad durante el embarazo, a partir del análisis de un caso práctico.

Métodos: Este relato de caso se refiere a una gestante de 25 años, con embarazo único de 38 semanas y 1 día, primigesta, diagnosticada de preeclampsia. La recogida de datos siguió las directrices del modelo teórico de Jean Watson. El artículo se construyó siguiendo la lista de verificación de las directrices del CAsE REport (CARE). El plan de cuidados se basa en la terminología estandarizada CIPE® y las intervenciones de enfermería se fundamentaron en la NIC.

Resultados: Se identificaron 7 diagnósticos de enfermería: hipertensión, ansiedad, incomodidad, eliminación urinaria alterada, riesgo de infección, riesgo de proceso neurovascular periférico alterado y riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Conclusión: El Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica desempeña un papel fundamental en la vigilancia y la remisión de las gestantes con preeclampsia, permitiendo la identificación precoz de factores de riesgo y comorbilidades, y asegurando una intervención oportuna y eficaz. La elaboración de este reporte de caso permitió consolidar conocimientos teóricos y desarrollar competencias esenciales en la práctica especializada de enfermería en salud materna.

Palabras Clave: preeclampsia; embarazo de alto riesgo; hipertensión; enfermeras obstétricas; medicina materno-fetal.

Figueiredo, C., & Zangão, M. O. (2026).

Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.

Servir, 2(14), e41841. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41841>

Introdução

O presente relato de caso baseia-se no modelo teórico de Jean Watson como modelo base orientador, por se centrar no cuidado holístico e no relacionamento interpessoal, desempenhando um papel essencial no planeamento das intervenções realizadas durante o cuidado prestado à grávida com pré-eclâmpsia, permitindo cuidados de qualidade e de coerência entre os profissionais de saúde (Afonso, Padilha, Neves, Elizondo, & Vieira, 2024); Tomey & Alligood, 2004). Segue a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- CIPE® (versão 2016) e da Nursing Interventions Classification- NIC (7ª edição).

Este artigo tem como objetivo apresentar um plano de cuidados de enfermagem orientado para a grávida com pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, com base na análise e acompanhamento de um caso clínico real.

1. Enquadramento Teórico/ Revisão da Literatura/ Estado da Arte

A pré-eclâmpsia é uma condição potencialmente fatal que ocorre durante a gravidez, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e fetal (von Dadelszen, Syngelaki, Akolekar, Magee, & Nicolaides, 2023). Um estudo nacional realizado em maternidades públicas de Portugal indica que a prevalência de distúrbios hipertensivos na gravidez é de 6%, incluindo 1,4% com pré-eclâmpsia, 0,2% com pré-eclâmpsia sobreposta, 0,1% com eclâmpsia e 0,1% com síndrome de HELLP (Póvoa, Costa, Rodrigues, Patrício, & Cardoso, 2008). Um estudo mais atual demonstra que na Europa, a prevalência estimada de pré-eclâmpsia se situa entre 2,8% e 5,2% (Chai et al., 2025).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) menciona, também, que a pré-eclâmpsia é um dos principais motivos da mortalidade materno-fetal no mundo, com um número estimado de 46 000 mortes maternas e 500 000 mortes fetais/neonatais, afetando, entre 2% a 8% das gravidezes (World Health Organization, 2025).

A OMS define a pré-eclâmpsia como uma condição gravídica marcada pelo aparecimento de um novo episódio de hipertensão arterial caracterizado por hipertensão persistente (pressão arterial diastólica $\geq$ 90 mmHg) e proteinúria significativa ($>$ 0,3g/24 horas) e caracteriza a eclâmpsia pela presença de convulsões generalizadas acompanhadas, normalmente, pelos critérios descritos anteriormente de pré-eclâmpsia (World Health Organization, 2011). A pré-eclâmpsia é diagnosticada quando existe um aparecimento súbito de hipertensão arterial, numa gravidez a partir das 20 semanas, conjugado com, pelo menos, mais uma complicação seja ela proteinúria, disfunção orgânica materna ou disfunção uteroplacentar (Dimitriadis et al., 2023).

Atualmente, a classificação desta doença engloba a pré-eclâmpsia prematura (em gestações com menos de 37 semanas), a pré-eclâmpsia de termo (em gestações com 37 semanas ou mais) e a pré-eclâmpsia pós-parto (Dimitriadis et al., 2023). A distinção entre pré-eclâmpsia de início precoce e de início tardio contribui para uma compreensão mais detalhada da evolução da doença e suporta uma tomada de decisão clínica mais informada (Gaspari, Chiaradia, & Requeijo, 2023).

Considerada uma doença sistémica, a pré-eclâmpsia envolve processos de vasoconstrição, alterações metabólicas, disfunção endotelial, ativação da cascata da coagulação e resposta inflamatória aumentada. Na origem dessas alterações estão implicados fatores imunológicos, genéticos e placentação inadequada (Dimitriadis et al., 2023). A etiologia da pré-eclâmpsia ainda não está identificada, no entanto, a placenta tem um papel determinante na sua génese. Nesta condição não existe uma invasão correta das arteríolas espiraladas pelo trofoblasto de modo a transformá-las num território de baixas pressões e não reativo a substâncias vasoativas, resultando numa placentação anormal e consequente hipoxia placentar. Deste modo, a hipoperfusão placentar acarreta consequências diretas para o feto, tais como a restrição do crescimento, e para a grávida, sendo responsável pelas manifestações multiorgânicas que conferem a esta doença o caráter sintomático (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Na pré-eclâmpsia, o vasoespasma desempenha um papel central no desenvolvimento das manifestações clínicas, existindo uma maior sensibilidade aos agentes vasoconstritores, como a angiotensina II, e um desequilíbrio entre os níveis de prostaciclina e tromboxano. O aumento dos níveis de tromboxano promove uma maior vasoconstrição e agregação plaquetária, contribuindo para os sintomas característicos da doença (Graça, 2017).



Alterações na placenta promovem a libertação de diversos fatores no sangue materno, como proteínas angiogénicas, citocinas pró-inflamatórias e pequenas vesículas extracelulares, destacando-se a tirosina quinase-1 solúvel do tipo fms (sFLT1) e o fator de crescimento placentário (FGP). Observa-se um aumento significativo dos níveis de sFLT1 e uma redução do FGP cerca de cinco semanas antes do início da pré-eclâmpsia. Deste modo, a relação entre sFLT1 e FGP é utilizada como ferramenta diagnóstica, principalmente na deteção de disfunção placentária em casos de pré-eclâmpsia de início precoce, apresentando alta sensibilidade e especificidade (Dimitriadis et al., 2023).

A pré-eclâmpsia tem maior impacto nos sistemas vascular, hepático, renal e cerebral, com diagnóstico que considera hipertensão arterial, proteinúria, níveis séricos de creatinina superiores a 1,2mg/dL, oligúria inferior a 500mL por dia, alterações visuais ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdómen, disfunção hepática, plaquetopenia, eclâmpsia ou restrição do crescimento fetal (Silva Sarmento, Medeiros da Silva, Araújo Gomes, & Torres de Melo, 2020).

O/A Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) cuida da mulher ao longo do seu ciclo de vida/reprodutivo, desempenhando intervenções de forma autónoma em situações de baixo risco e de forma interdependente nas de médio e alto risco, incluindo aquelas que envolvem condições patológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Aprofundar conhecimentos relativos à pré-eclâmpsia na gravidez permite o desenvolvimento de competências práticas e teóricas essenciais para a atuação como EE-ESMO, visando uma prática profissional mais qualificada e focada no cuidado à mulher. O aprofundamento do raciocínio clínico permite observar a evolução de sinais e sintomas, fortalecendo a capacidade de reconhecer precocemente as diversas manifestações clínicas, contribuindo para uma tomada de decisão mais rápida e eficaz, o que é crucial em situações de risco materno-fetal (Gaspari, Chiaradia, & Requeijo, 2023).

O/A EE-ESMO baseia a sua atuação na prática fundamentada em evidências científicas e no cuidado humanizado. A sua abordagem envolve a identificação das necessidades da mulher e a aplicação de intervenções adequadas, sempre com o objetivo de garantir a excelência na qualidade dos cuidados. Tem, assim, um papel essencial no apoio à mulher e à família durante todo o processo de saúde/doença, destacando-se pela formação especializada e pela capacidade de estabelecer uma relação de suporte e coordenação, tanto com a mulher quanto com a equipa multidisciplinar de saúde. Desta forma, a intervenção do(a) EE-ESMO tem como principal objetivo a deteção precoce de complicações e a referênciação atempada para o(a) profissional competente (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

As competências do(a) EE-ESMO descritas serão ilustradas na secção seguinte através da análise de um caso clínico real, que permitirá refletir sobre a atuação profissional perante uma situação de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

2. Métodos

A realização de um relato de caso tem como objetivos descrever o processo de diagnóstico e tratamento de um ou mais utentes num contexto clínico específico, com o intuito de partilhar essa experiência com outros profissionais de saúde, contribuindo para expandir o conhecimento sobre um determinado tema (Gallo, 2022).

Este relato de caso enquadra-se num estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de explorar, descrever e explicar a situação mais profundamente, com base em evidências, permitindo uma melhor compreensão de determinados fenómenos da vida (Andrade et al., 2017).

Para estabelecer uma relação de confiança entre o(a) profissional de saúde e a utente, a realização de uma anamnese detalhada e de um exame físico completo é essencial, de modo a obter informações mais precisas para um planeamento adequado dos cuidados. Dessa forma, é possível identificar sinais e sintomas eficazmente, permitindo ao enfermeiro construir diagnósticos precisos e definir ações de enfermagem, práticas fundamentais para monitorizar os resultados das intervenções realizadas e, se necessário, ajustá-las, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Moreira, Hong, da Silva, & da Silva, 2021).

Figueiredo, C., & Zangão, M. O. (2026).
Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.
Servir, 2(14), e41841. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41841>

A metodologia utilizada no desenvolvimento deste estudo compreendeu a colheita de dados, o exame físico e obstétrico e a pesquisa bibliográfica.

2.1 Amostra / Participantes / Informantes / Corpus Amostral

O presente relato de caso é referente a uma utente grávida de 25 anos, de nacionalidade portuguesa, com o 12º ano de escolaridade, administrativa, solteira, com uma gravidez única de 38 semanas e 1 dia, primigesta, com grupo sanguíneo A Rh+ e serologias do terceiro trimestre incompletas por gravidez mal vigiada, com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O artigo foi construído de acordo com a lista de verificação das diretrizes do CAsE REport (CARE). O plano de cuidados baseia-se na terminologia padronizada CIPE® e as intervenções de enfermagem foram sustentadas na NIC.

Os dados expostos foram recolhidos através de uma entrevista direta à grávida, permitindo a avaliação inicial, e a partir da consulta do processo clínico da mesma, tendo sido informada acerca da realização do estudo. O consentimento verbal informado foi obtido consoante as premissas da Declaração de Helsínquia, de 2013, e da Convenção de Oviedo, de 1997, sobre a investigação com seres humanos (Nunes, 2020). A opção pelo consentimento verbal justificou-se pelas características do contexto clínico, em que a grávida se encontrava sob vigilância médica contínua devido à pré-eclâmpsia, o que limitou a obtenção de consentimento escrito imediato. A informação sobre os objetivos, métodos, potenciais riscos e benefícios foi transmitida de forma clara, garantindo a compreensão e a livre decisão da grávida (República Portuguesa, 2025). O consentimento verbal foi devidamente registado no processo clínico. Toda a informação foi recolhida de forma confidencial.

Para salvaguardar a privacidade da grávida, a sua identidade, bem como a data e o local de ocorrência da situação em questão foram ocultados, conforme estipulado no Artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro, que impõe o dever de sigilo profissional. Assim, o “anonimato da pessoa deve ser preservado sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou avaliação da qualidade dos cuidados” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na tabela 1, é realizada a avaliação das atividades de vida diárias da grávida.

Tabela 1 – Avaliação das atividades de vida diárias.

Atividade de Vida	Apreciação Inicial da Uteute
Manutenção de ambiente seguro	Colocação de dois cateteres venosos periféricos (antebraço esquerdo e dorso da mão direita) com medicação em perfusão e de cateter urinário com drenagem vesical funcionante de urina clara.
Comunicação	Consciente e orientada, colaborante nos cuidados. Ansiosa relativamente à situação clínica.
Respiração	Respiração toraco-abdominal e rítmica, com saturação de oxigénio em ar ambiente de 99% e frequência respiratória de 19 ciclos/minuto.
Alimentação	Com indicação médica para jejum pela possibilidade de cirurgia. Última ingestão de alimentos e líquidos pelas 7h da manhã desse mesmo dia, perfazendo um total de 5 horas de jejum.
Eliminação	Colocação de cateter urinário pela possibilidade de evolução da situação clínica (aparecimento de convulsões) e de cirurgia. Drenagem vesical funcionante com saída de urina clara.
Controlo da temperatura corporal	Temperatura corporal de 36,7ºC. Capacidade de termorregulação presente.
Mobilidade	A grávida deu entrada no serviço a deambular. Com o desenvolvimento da situação clínica, pelo risco de queda, teve indicação para repouso no leito, que cumpriu.

Fonte: Autoras do estudo.

Para uma apresentação mais esquemática, a informação é exposta através de um diagrama de fluxo apresentado na figura 1, elaborado de acordo com as CARE Guidelines.

Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.

Uma definição bem estruturada da prática de enfermagem é fundamental para o pleno reconhecimento do seu amplo e diversificado domínio. O plano de cuidados desenvolvido neste relato de caso baseia-se na terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). As intervenções de enfermagem foram sustentadas na Nursing Interventions Classification (NIC). Apesar de existir alguma sobreposição concetual entre ambas, a CIPE® é uma linguagem padronizada que permite a identificação e o registo dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, os problemas e necessidades do utente a serem abordados. No caso da pré-eclâmpsia, a CIPE® ajuda a descrever de forma específica as manifestações clínicas e as necessidades de cuidado relacionadas a essa condição. O uso conjunto da CIPE® e da NIC num relato de caso de pré-eclâmpsia permite uma abordagem integrada e sistematizada do cuidado. A CIPE® descreve o que precisa ser cuidado e a NIC orienta como cuidar, garantindo um plano de cuidados completo, seguro e efetivo para a grávida, com registo claro das necessidades e das ações implementadas.

Tabela 2 – Plano de Cuidados de Enfermagem.

Foco de Enfermagem: Pressão arterial

Intervenções (NIC)	• 5602- Ensino: Processo da Doença- Ensinar sobre a doença;
--------------------	---

Resultado esperado: Controlo da hipertensão.

Avaliação final: Tendo sido uma situação urgente, não foi possível ensinar e avaliar o nível de conhecimentos da grávida sobre a hipertensão arterial

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Foco de Enfermagem: Ansiedade

Intervenções (NIC)	• 1210- Avaliação do Estado Emocional- Avaliar ansiedade;
--------------------	---

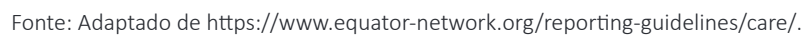


Figura 1 – Fluxograma do Relato de Caso.



Resultado esperado: Redução da ansiedade.	
Resultado obtido: Ansiedade parcialmente aliviada, mas ainda presente.	
Avaliação final: A grávida permaneceu ansiosa em relação à sua condição clínica. Foram implementadas estratégias para aliviar a ansiedade, nomeadamente permitindo a presença de mãe, à qual foi explicada toda a situação.	
DE 3. (10023066) Desconforto (relacionado com o repouso no leito e o estado geral da grávida)- Sensação subjetiva de mal-estar que pode ser física, emocional ou ambas, e que não atinge necessariamente o limiar da dor, mas compromete o bem-estar da pessoa.	
Foco de Enfermagem: Desconforto	
Juízo de Enfermagem: Aumentado	
Intervenções (NIC)	• 2210- Administração de Analgésicos- Administrar medicação prescrita para a dor; • 2300- Monitorização dos Efeitos da Medicação- Avaliar resposta à medicação; • 3000- Avaliação da Dor; • 6486- Manutenção da Segurança- Gerir a segurança do ambiente; • 0840- Posicionamento- Posicionar o doente; • 6650- Vigilância- Manter vigilância contínua.
Resultado esperado: Desconforto diminuído.	
Resultado obtido: Desconforto diminuído.	
Avaliação final: A grávida referiu um maior conforto após aplicadas as medidas descritas anteriormente.	
DE 4. (10012986) Eliminação urinária comprometida- Estado no qual o indivíduo apresenta alteração no padrão da eliminação urinária.	
Foco de Enfermagem: Eliminação urinária	
Juízo de Enfermagem: Comprometida	
Intervenções (NIC)	• 1800- Avaliação da Capacidade de Autocuidados- Avaliar o autocuidado; • 0580- Cateterização Urinária; • 0610- Cuidados com o Cateter Urinário- Otimizar cateter urinário; • 0590- Monitorização da Eliminação Urinária; • 6550- Prevenção de Infecção- Monitorizar os sinais e sintomas de infeção.
Resultado esperado: Eliminação urinária restabelecida.	
Resultado obtido: Eliminação urinária parcialmente restabelecida.	
Avaliação final: Volume de urina >500mL após algaliação e início da medicação prescrita. Valores de proteinúria significativos de 1gr/dL. A grávida manteve monitorização do débito urinário.	
DE 5. (10015133) Risco de infeção (relacionado com o cateter venoso periférico e o cateter urinário)- Estado em que o indivíduo está em risco aumentado de ser invadido por microrganismos patogénicos.	
Foco de Enfermagem: Infeção	
Juízo de Enfermagem: Em risco	
Intervenções (NIC)	• 6680- Monitorização da Temperatura; • 6550- Prevenção de Infecção- Monitorizar os sinais e sintomas de infeção; • 6540- Controlo de Infecção- Prevenir a infeção cruzada; • 6545- Controlo Assético- Implementar técnica assética; • 6650 – Vigilância- Manter vigilância contínua.
Resultado esperado: Infeção prevenida.	
Resultado obtido: Infeção prevenida.	
Avaliação final: A grávida não apresentou sintomatologia ou sinais clínicos de infeção durante o internamento.	
DE 6. (10015228) Risco de processo neurovascular periférico comprometido (associado ao risco de convulsão pelo comprometimento neurovascular)- Estado em que o indivíduo está em risco aumentado de comprometimento da circulação, sensibilidade ou mobilidade de uma extremidade.	

Figueiredo, C., & Zangão, M. O. (2026).
Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.
Servir, 2(14), e41841. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41841>

Foco de Enfermagem: Processo neurovascular periférico	
Juízo de Enfermagem: Em risco	
Intervenções (NIC)	• 6486- Manutenção da Segurança- Gerir a segurança do ambiente; • 6490- Prevenção de Acidentes- Providenciar dispositivos de segurança; • 0840- Posicionamento- Posicionar o doente; • 2314- Inserção de Cateter Venoso Periférico; • 6650- Vigilância- Manter vigilância contínua; • 4040- Monitorização dos Sinais Vitais- Monitorizar o status fisiológico; • 2380- Gestão da Medicação- Gerir o regime medicamentoso prescrito; • 2300- Monitorização dos Efeitos da Medicação- Avaliar resposta à medicação.
Resultado esperado: Ausência de convulsões.	
Resultado obtido: Ausência de convulsões.	
Avaliação final: Foi mantido o repouso no leito com implementação das medidas de segurança e administrada medicação prescrita, com vigilância rigorosa. Não ocorreu convulsão. A pressão arterial manteve-se alterada (160/100mmHg).	
DE 7. (10023225)- Risco de complicações durante a gravidez- Estado em que a mulher grávida está em risco aumentado de desenvolver condições adversas que afetam a sua saúde ou a do feto durante a gravidez.	
Foco de Enfermagem: Gravidez	
Juízo de Enfermagem: Em risco	
Intervenções (NIC)	• 6700- Monitorização Intraparto- Manter vigilância contínua (materna e fetal); • 4010- Monitorização da Saúde- Monitorizar o status fisiológico (materno e fetal); • 3610- Avaliação Obstétrica- Avaliar o bem-estar físico (materno e fetal); • 2380- Gestão da Medicação- Gerir o regime medicamentoso prescrito; • 2300- Monitorização dos Efeitos da Medicação- Avaliar resposta à medicação; • 3000- Avaliação da Dor; • 2210- Monitorização de Sintomas- Avaliar o controlo de sintomas; • 1850- Promoção do Sono- Encorajar o repouso; • 4046- Prevenção de Hemorragia- Identificar risco de hemorragia; • 7310- Continuidade dos Cuidados- Assegurar a continuidade de cuidados.
Resultado esperado: Saúde materna e fetal mantida.	
Resultado obtido: Saúde materna e fetal mantida.	
Avaliação final: A monitorização cardiocográfica foi realizada, com boa variabilidade, FCF basal de +/- 129bpm, sem contratilidade uterina. Ao toque vaginal, o colo uterino apresentava-se formado e fechado e a bolsa amniótica íntegra. Os parâmetros vitais da grávida mantiveram-se estáveis, exceto a pressão arterial que se manteve elevada (160/100mmHg). A grávida não referiu dor nem apresentou hemorragia. Manteve repouso no leito durante os procedimentos. As informações essenciais do processo clínico da grávida foram comunicadas à equipa durante a transferência para o bloco operatório, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados prestados.	

Fonte: Autoras do estudo, com base na CIPE® e na NIC.

4. Discussão

Os relatos de caso descrevem diagnósticos e tratamentos específicos, permitindo a partilha de experiências clínicas úteis. Possibilitam a identificação de novos fenómenos, a criação de hipóteses, a acumulação de dados sobre condições raras, a monitorização da segurança medicamentosa e a educação dos profissionais de saúde, desempenhando um papel valioso na contribuição para avanços médicos e na ampliação do conhecimento clínico (Gallo, 2022).

A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de complicações obstétricas, sendo considerada uma emergência obstétrica, nos casos mais graves, pelos riscos materno-fetais que acarreta (World Health Organization, 2025), representando um grande desafio, tanto na prestação de cuidados de enfermagem quanto no planeamento de intervenções necessárias. As manifestações clínicas da pré-eclâmpsia não se restringem ao aumento da pressão arterial com o aparecimento de proteinúria, podendo também ocorrer cefaleias, náuseas, alterações visuais, taquipneia, ansiedade e edema



generalizado que não diminui com o repouso. A condição pode, ainda, desenvolver-se de uma forma discreta, sem alterações clínicas perceptíveis pela grávida (Teixeira, Almeida, Santos, Brito, & Oliveira, 2022).

Neste caso, a grávida foi diagnosticada com pré-eclâmpsia após avaliação da sintomatologia e comparação com os resultados analíticos. Deste modo, foram identificados os diagnósticos de enfermagem 10009394 – Hipertensão, 10000477 – Ansiedade, 10023066 – Desconforto, 10012986- Eliminação urinária comprometida, 10015133- Risco de infecção, 10015228 - Risco de processo neurovascular periférico comprometido e 10023225 - Risco de complicações durante a gravidez.

Discussão sobre cada diagnóstico

(10009394 – Hipertensão) A pré-eclâmpsia caracteriza-se pelo aumento dos valores de pressão arterial e pela presença de edema generalizado conjugado com outros sintomas e alterações analíticas (Teixeira, Almeida, Santos, Brito, & Oliveira, 2022). Após a aplicação das intervenções de enfermagem, não existiram melhorias nos valores de pressão arterial, mantendo-se em 160/100mmHg, até ao término definitivo da gravidez através da cesariana.

(10000477 – Ansiedade) O diagnóstico de pré-eclâmpsia constitui um momento de grande ansiedade e medo para a grávida. Ansiedade, relativamente à envolvimento de toda a situação e aos efeitos da doença e medo devido à incapacidade para a prevenir ou controlar e às suas possíveis consequências (Pio, Peraçoli, & Bettini, 2019). Deste modo, foi necessária uma gestão da ansiedade da grávida desde o momento da admissão até ao final da cirurgia, de acordo com as intervenções enunciadas no plano de cuidados de enfermagem, tendo sido eficaz por promover a redução da mesma.

(10023066 – Desconforto) O posicionamento adequado da utente, bem como o alívio dos sintomas e o controlo da ansiedade durante a situação clínica foram fundamentais para a promoção do conforto da grávida. Uma abordagem holística por parte da equipa de enfermagem permite a melhoria significativa do bem-estar da grávida (Graça, 2015). Melhoria essa evidenciada, na situação em questão, pela diminuição das queixas relacionadas com o desconforto.

(10012986- Eliminação urinária comprometida) Para diagnosticar a pré-eclâmpsia, é essencial analisar a presença de oligúria, caracterizada por uma produção urinária inferior a 500 mL por dia (Silva Sarmento, Medeiros da Silva, Araújo Gomes, & Torres de Melo, 2020). As intervenções de enfermagem implementadas contribuíram para uma melhoria no padrão de eliminação urinária, permitindo um esvaziamento vesical eficaz. A grávida foi monitorizada de modo a identificar sinais de retenção urinária significativa ou infecção urinária, que não ocorreram.

(10015133- Risco de infecção) Destacou-se a importância da vigilância contínua, por parte da equipa de enfermagem, da grávida no que diz respeito ao aparecimento de sinais e sintomas. Não foram identificados parâmetros infecciosos durante o tempo de permanência da grávida no serviço. Mesmo na ausência de infecção, e de acordo com a Direção-Geral da Saúde, a técnica asséptica e a monitorização são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar da grávida, reduzindo a possibilidade de complicações futuras (Graça, 2015).

(10015228- Risco de processo neurovascular periférico comprometido) A pré-eclâmpsia é uma condição grave, podendo progredir para eclâmpsia, que se manifesta pelo aparecimento de convulsões (von Dadelszen, Syngelaki, Akolekar, Magee, & Nicolaidis, 2023). No relato de caso em questão, foi identificado um potencial risco de convulsões, que não ocorreram, tendo sido mantida a monitorização e avaliação contínuas do estado geral da grávida, administrada a terapêutica prescrita e promovidas as medidas de segurança necessárias.

(10023225- Risco de complicações durante a gravidez) O risco de complicações durante a gravidez é particularmente elevado na situação descrita, devido às alterações hemodinâmicas provenientes da condição (Dimitriadis et al., 2023). A atuação da equipa de enfermagem na monitorização contínua da grávida, bem como na administração da medicação prescrita permitiram manter o estado clínico materno e fetal estável para a realização de cesariana, tendo sido este o único tratamento efetivo.

Figueiredo, C., & Zangão, M. O. (2026).
Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.
Servir, 2(14), e41841. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41841>

O objetivo do tratamento na pré-eclâmpsia é evitar complicações maternas, prevenindo eventos como descolamento prematuro da placenta, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, edema pulmonar agudo, progressão para síndrome HELLP ou eclâmpsia, e fetais, evitando a prematuridade e minimizando o risco de problemas como a síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido (Silva Sarmento, Medeiros da Silva, Araújo Gomes, & Torres de Melo, 2020).

Tabela 3 – Tratamento e recomendações na pré-eclâmpsia.

Tratamento	Recomendações
Resolução da Gravidez	Recomendada de acordo com a idade gestacional, gravidade da pré-eclâmpsia, bem-estar fetal e presença ou não de complicações.
Conduta Conservadora	Recomendada para melhoria das condições perinatais em gravidez pré-termo, quando existe razoável segurança materna e condições materno-fetais estáveis.
Corticoterapia	Recomendada em gravidez <34 semanas completas, na ausência de riscos maternos adicionais para morte, corioamnionite ou sépsis puerperal, para diminuição dos riscos provenientes da prematuridade.
Repouso	Há pouca evidência que demonstre alguma diferença entre repouso e atividade normal. O esforço físico deverá ser desencorajado em grávidas com pré-eclâmpsia.
Expansores Plasmáticos	Não há evidência suficiente para que sejam recomendados por rotina.
Sulfato de Magnésio	Recomendado quando existe potencial risco de eclâmpsia, prevenindo convulsões.
Tratamento Anti-Hipertensivo	Recomendado para tratamento agudo dos picos hipertensivos na pré-eclâmpsia. O tratamento de manutenção ainda é alvo de controvérsias.
Medicação Anti-Hipertensiva	As opções são a nifedipina PO, a hidralazina IV e o labetalol IV. Para tratamento de manutenção estão disponíveis por via oral a alfametildopa, o labetalol, a nifedipina, o pindolol e o atenolol.
Antecipação do Parto	É o único tratamento efetivo para a pré-eclâmpsia/eclâmpsia.
Via de Parto	A interrupção da gravidez na pré-eclâmpsia pode ser programada por cesariana ou por indução do trabalho de parto.

Fonte: Silva Sarmento, Medeiros da Silva, Araújo Gomes e Torres de Melo (2020).

Constatou-se que a terapêutica de primeira linha, na situação descrita, foi o sulfato de magnésio IV (4g/20minutos a 20% como dose de carga e 1,5g-2g/hora a 50% como dose de manutenção), de modo a prevenir convulsões, bem como o labetalol IV (20mg em bólus direto, aumentando 20mg a cada dose/20minutos se pressão arterial acima de 140/90mmHg) para estabilizar a pressão arterial, de acordo com protocolos hospitalares. A monitorização dos reflexos e do débito urinário da grávida foi mantida, como parte da avaliação da toxicidade do sulfato de magnésio, não tendo ocorrido convulsão ou alteração do débito urinário, como mencionado anteriormente. Como os fármacos não atuaram de forma eficaz, a cesariana foi a única possibilidade de resolver a problemática, reduzindo o risco materno-fetal de complicações ou morte.

Entre os profissionais de saúde capacitados para oferecer uma assistência adequada na gravidez de risco, o(a) enfermeiro(a) desempenha um papel essencial, com foco principal no cuidado, tornando-se crucial o acompanhamento e a orientação das grávidas na identificação precoce de fatores de risco, garantindo um cuidado personalizado e eficaz (Silva Sarmento, Medeiros da Silva, Araújo Gomes, & Torres de Melo, 2020).

A enfermagem desenvolve e aplica o raciocínio clínico como ferramenta essencial para a avaliação e tomada de decisão no cuidado, o que impacta diretamente a segurança e a eficácia da prática clínica, permitindo um cuidado humanizado e centrado no utente. Ao aplicar o plano de cuidados de enfermagem, o(a) enfermeiro(a) atua diretamente na promoção da autonomia do utente, capacitando-o para o autocuidado e fortalecendo a sua independência na gestão da própria saúde. O uso estruturado do processo de enfermagem organiza e direciona o cuidado, promovendo uma atuação baseada em evidências e centrada nas necessidades individuais do utente (Paulo, 2021).

O/A EE-ESMO deve providenciar cuidados à grávida com pré-eclâmpsia, informando-a, orientando-a e apoiando-a, sobre a sua patologia, deve ser responsável por conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que visam estabilizar



o estado de saúde da grávida e prepará-la para o parto, e deve cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações na gravidez, promovendo a qualidade e a continuidade dos cuidados, a segurança e eficácia dos procedimentos e a satisfação da grávida e família. A formação contínua do(a) EE-ESMO é essencial, de modo a ampliar os seus conhecimentos e a promover a humanização dos cuidados prestados, permitindo uma assistência estruturada e baseada em evidência científica para otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Conclusão

O relato de caso realizado possibilitou uma análise detalhada dos problemas e necessidades específicos relativos à abordagem de enfermagem na pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, processo que contribuiu para o aprimoramento de competências, entre as quais a tomada de decisão, a priorização de diagnósticos e o planeamento individualizado, bem como a ampliação de conhecimentos e fortalecimento do raciocínio clínico, permitindo a pesquisa e a avaliação de estratégias adequadas na abordagem aos problemas identificados.

Como referido ao longo do estudo, a pré-eclâmpsia é reconhecida como um dos principais fatores responsáveis pela morbimortalidade materno-fetal com uma fisiopatologia altamente complexa, tornando desafiador o planeamento e a aplicação dos cuidados à grávida com esta patologia. Nesse contexto, destaca-se a relevância e o papel essencial do(a) EE-ESMO, através da ampla base de conhecimentos que possui, para oferecer cuidados especializados. Esse apoio deve abordar tanto os aspetos físicos como psicológicos, permitindo uma visão holística da mulher.

A análise crítica do caso obriga à revisão da literatura científica atual sobre pré-eclâmpsia, incentivando uma prática sustentada em evidências e não apenas em práticas clínicas, contribuindo para a formação de estudantes e profissionais, ao permitir a reflexão sobre decisões tomadas, possíveis alternativas e resultados obtidos. Assim, conclui-se que este processo sustenta a prática reflexiva e a educação contínua em contextos clínicos reais.

Após a análise de todos os dados foi possível reconhecer que a grávida apresentava sinais e sintomas de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, tais como edemas nos membros inferiores e face, hipertensão arterial e valores significativos de proteinúria, necessitando de uma atuação rápida e eficaz por parte da equipa de profissionais de saúde.

O relato de caso demonstra a importância da monitorização rigorosa da grávida e do feto, por parte do(a) EE-ESMO, e reforça a necessidade de planos de cuidados específicos e adaptados à gravidade da situação clínica.

As intervenções de enfermagem à grávida de risco de pré-eclâmpsia englobam um exame físico detalhado, a deteção precoce de sinais e sintomas, a colheita e monitorização de exames laboratoriais e a avaliação da saúde fetal. As medidas preventivas e informativas adotadas durante a gravidez são fundamentais para garantir um bom prognóstico materno e fetal. Os cuidados pré-natais são essenciais para otimizar os resultados perinatais e maternos. A educação em saúde da grávida e família sobre sinais de alerta, importância da adesão ao tratamento e necessidade de vigilância contínua são fundamentais, contribuindo para estratégias de prevenção secundária, através da redução de complicações futuras.

Implicações para a prática profissional: salienta-se a necessidade constante de revisão de conhecimentos e conceitos, promovendo uma prática baseada em evidência científica atualizada, o que se articula diretamente com a função do(a) EE-ESMO, cuja responsabilidade é garantir cuidados diferenciados e seguros à mulher, ao recém-nascido e à família. Neste sentido, a formação contínua assume um papel central, permitindo-lhe manter a sua prática alinhada com os avanços científicos, respondendo de forma crítica e fundamentada às exigências da saúde materna e obstétrica.

Limitações: Destacamos que o carácter individual do relato de caso impede a generalização dos resultados. No entanto, serve como ferramenta formativa e reflexiva na prática clínica. Apesar da abordagem baseada em classificações padronizadas inerente ao modelo de diagnóstico e intervenções de enfermagem, o relato de caso foi guiado pelas necessidades únicas da grávida.

Figueiredo, C., & Zangão, M. O. (2026).

Proposta de Intervenções de Enfermagem à Mulher Grávida com Pré-Eclâmpsia: Relato de Caso.

Servir, 2(14), e41841. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41841>

Conflito de Interesses

Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Referências bibliográficas

- Afonso, S. da R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230231. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>
- Andrade, S. R. D., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification* (7th ed.). Elsevier.
- Chai, L., Li, S., Yin, B., Zhu, X., Zhu, B., & Wu, K. (2025). Prevalence, risk factors, and adverse perinatal outcomes in Chinese women with preeclampsia: A large retrospective cohort study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 44(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00778-6>
- Dimitriadis, E., Rolnik, D. L., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R. P., Nicolaides, K. (2023). Pre-eclampsia. *Nature reviews Disease primers*, 9(1), 8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- Gallo, A. (2022). Case reports and case series - why publish clinical cases: Advantages and limitations. *Medici Oggi*. Obtido de <https://medicioggi.it/english/case-reports-and-case-series-why-publish-clinical-cases-advantages-and-limitations/>
- Gaspari, L. V., Chiaradia, C. F. C., & Requeijo, M. J. R. (2023). Evolução diagnóstica no rastreio da pré-eclâmpsia: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(7), e17812742726–e17812742726.
- Graça, P. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (ISBN 978-92-95094-35-2). Ordem dos Enfermeiros.
- Luís, G. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Moreira, L. H. D., Hong, M. V., da Silva, D. A., & da Silva, R. G. (2021). A importância do diagnóstico de enfermagem: Visão dos enfermeiros. *Research, Society and Development*, 10(2), e24510212508–e24510212508.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*.
- Paulo, C. R. (2021). *Processo de enfermagem: Guia para a prática* (2ª ed., 256 p.). Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- Pio, D. A. M., Peraçoli, J. C., & Bettini, R. V. (2019). Vivências psíquicas de mulheres com pré-eclâmpsia: Um estudo qualitativo. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 115–127.
- Póvoa, A. M., Costa, F., Rodrigues, T., Patrício, B., & Cardoso, F. (2008). Prevalence of hypertension during pregnancy in Portugal. *Hypertension in Pregnancy*, 27(3), 279–284. <https://doi.org/10.1080/10641950802000943>
- República Portuguesa. (2025). *Consentimento informado—Gov.pt*. Obtido 12 de setembro de 2025, de <https://www2.gov.pt/guias/cuidador-informal/consentimento-informado>
- Silva Sarmiento, R., Medeiros da Silva, W., Araújo Gomes, M., & Torres de Melo, L. N. (2020). Pré-eclâmpsia na gestação: Ênfase na assistência de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 19(3).



- Teixeira, M. de S., Almeida, M. E. F. de J. C., Santos, J. A. dos, Brito, B. L., & Oliveira, C. da C. (2022). Síndromes hipertensivas gestacionais: Impacto da pré-eclâmpsia na saúde das gestantes.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem. Lusodidacta.
- von Dadelszen, P., Syngelaki, A., Akolekar, R., Magee, L. A., & Nicolaides, K. H. (2023). Preterm and term pre-eclampsia: Relative burdens of maternal and perinatal complications. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(5), 524–530.
- World Health Organization. (2011). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025, 4 de abril). Pre eclampsia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>