



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LORENA PENA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE APRESENTARAM
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG):
contribuições para o agir do enfermeiro.**

Belém / PA

2013

LORENA PENA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE APRESENTARAM
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG):
contribuições para o agir do enfermeiro.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Enfermeira. Orientadora: Professora Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Belém / PA

2013

LORENA PENA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE APRESENTARAM
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG):
contribuições para o agir do enfermeiro.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Enfermeira. Orientadora: Professora Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Banca examinadora

Profª Drª Jacira Nunes Carvalho
Universidade Federal do Pará
Orientadora

Profª Drª Márcia Simão Carneiro
Universidade Federal do Pará

Prof. Msc. Iracema Souza Araújo
Universidade Federal do Pará

Aprovado em: ____/____/____.

Conceito: _____.

Belém – PA
2013

“Crítica, positiva ou negativa é importante na medida em que representa uma análise competente do que fazemos. O simples elogio, ou a crítica que traduz o mau-humor de quem a fez, não tem importância.”

Moacyr Scliar

Agradecimentos

A Deus, por me proporcionar cursar uma faculdade pública e de excelente qualidade. Por ser a maior força de amparo, responsável por me ajudar a levar a diante esta graduação devido aos inúmeros problemas que enfrentei, sempre me mostrou as resposta necessárias.

Aos meus pais, **Sebastião Dias dos Santos** e **Maria de Jesus Pena dos Santos** por me educarem e sempre mostrarem que o melhor caminho a seguir é o do conhecimento. Pelo amor, pelo cuidado, pelo afeto, pelo carinho no qual dedicaram a mim e ao meu irmão e por tudo o que representam em minha vida.

A professora doutora **Jacira Nunes Carvalho**, minha orientadora, por contribuir com seus conhecimentos e ensinamentos em pesquisa científica, pela paciência me ajudando no aprender a aprender fazendo e me dedicando. E pela dedicação, presteza e competência com o qual conduz sua profissão.

A **Jacirema Graça da Gama**, funcionária do setor de arquivo da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por ser atenciosa, prestativa e compreensiva, tornando possível a realização da pesquisa em tempo hábil.

Às colegas de outros semestres que por motivo de força maior não conseguimos cursar a graduação juntas, mas que direta ou indiretamente contribuíram com a minha formação cidadã e universitária.

Lorena Pena dos Santos

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão como forma de expressar o afeto as pessoas a quem amo e pela determinação e luta por proporcionarem o melhor para minha formação. Aos enfermeiros que lutam por uma jornada de trabalho digna, aos que fazem o possível e o impossível por uma atenção básica de qualidade, aos que prestam e gostam da assistência pré-natal e valorizam o cuidado minucioso as gestantes e veem o resultado disso no dia a dia da jornada de trabalho através de um sorriso e de um muito obrigado proclamado por palavras ou refletido na expressão facial dessas mãezinhas e sentem-se satisfeitos por terem feito o melhor de si a essa parcela da sociedade.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Esquema terapêutico usado para a doença hipertensiva específica da gestação – Sulfato de Magnésio (MgSO_4).

LISTA DE TABELAS

TABELA 01. Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional.

TABELA 02. Idades por faixa etária de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 03. Estado Civil de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 04. Grau de Instrução de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 05. Ocupação de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 06. Procedência de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 07. Principais municípios da RMB de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 08. Principais municípios do interior do Estado de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 09. Histórico Familiar de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 10. Antecedentes Pessoais de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 11. Período de início do Acompanhamento pré – natal de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 12. Número de Consultas de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 13. Número de Gestações de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 14. Nível pressórico no momento da internação de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 15. Desfecho materno de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

TABELA 16. Co-morbididades fetais de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

LISTA DE SIGLAS

MS – Ministério da Saúde.

MIF – Mulheres em Idade Fértil.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

PA – Pressão Arterial.

ECG – Ecocardiograma

ILA – Índice de Líquido Amniótico.

ECA – Enzima Conversora da Angiotensina

IMC – Índice de Massa Corpórea.

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

DM – Diabetes Mellitus.

CIUR – Crescimento Intrauterino Restrito.

HAC – Hipertensão Arterial Crônica.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SUS – Sistema Único de Saúde.

PACS – Programa de Agentes de Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.

MEC – Ministério da Educação.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.

CID – Classificação Internacional de Doenças.

ICS – Instituto de Ciências da Saúde.

UFPA – Universidade Federal do Pará.

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

RNs – Recém Nascidos.

RMB – Região Metropolitana de Belém.

FA – Frequência Absoluta

FR – Frequência Relativa.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

RESUMO

O estudo analisou o perfil clínico e epidemiológico de mulheres que apresentaram Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, atendidas pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2010 a 2011. O estudo foi do tipo descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de roteiro com variáveis pré-definidas, acerca das informações sócio demográficas e ginecológica/obstétrica. Utilizou-se a estatística descritiva para analisar os dados. O estudo evidenciou que as mulheres, no período em questão, encontram-se principalmente entre as faixas etárias de 19 a 24 anos, solteiras e exercem atividades do lar, possuem o ensino médio incompleto e são oriundas principalmente da Região Metropolitana de Belém, prevalecendo o município de Belém e do interior do Estado, a Ilha de Marajó. Possuem histórico familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica, porém a maioria não apresenta qualquer antecedente pessoal que favoreça o desenvolvimento da doença. Iniciam o pré-natal no primeiro trimestre com a realização de 4 a 6 consultas, são primigestas e apresentam os níveis tensionais pressóricos no momento da internação maiores que 140x90 mmHg. Como desfecho materno destacam-se os partos cesáreos e com valores significativos de neonatos que não desenvolvem co-morbidades. Sendo assim, são necessários investimentos no setor primário de atenção a saúde, além de proporcionar espaços para a educação em saúde, com destaque para a possibilidade da atuação do enfermeiro nas escolas.

Palavras-chaves: doença hipertensiva específica da gravidez, perfil epidemiológico, enfermagem.

ABSTRACT

The research delimited and analyzed the clinical and epidemiological profile of women who presented DHEG, served by FSCMPA, during the period of 2010 to 2011. The study was a descriptive type with quantity approach, where the data collection happened through script with pre-defined variable, about the social demographic and gynecological/obstetric information. It was used descriptive statistics of the data collected. Therewith, It was observed that the women, during the period concerned, it's found mainly between 19 and 24 years old age group, they are single, perform household activities, have incomplete high school and are mainly from metropolitan area of Belém, prevailing the city of Belém and the countryside as well, in Marajó Island, they have family historical of HAS, but it's not presented any personal anteceding in favor of the development of the illness, initiates prenatal on the first trimester with 4 to 6 doctor's visit made, they are pregnant for the first time and present BP levels higher than 140x90 mmHg at the moment of internment, and as outcome it's highlighted the cesarean births and with significant number of neonate which didn't develop co-morbidities. Therefore, investments in primary sector of healthy attention are necessary, besides providing space to healthy education, highlighting the possibility of nurses' performance in schools.

Keywords: hypertensive disease typically in pregnancy, epidemiological profile, nursing.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVO	13
3.	SUPORTE TEÓRICO	14
3.1.	Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG): definição e classificação	14
3.1.2.	Condutas	16
3.1.3.	Vias de parto	20
3.1.4.	Fatores de risco	22
3.2.	Atuação do enfermeiro e o objetivo do acompanhamento pré-natal	27
4.	METODOLOGIA	30
4.1.	Tipo de estudo	30
4.2.	Local do estudo	30
4.3.	Sujeitos do estudo / amostragem	31
	Critérios de inclusão	31
	Critérios de exclusão	31
4.4.	Técnica de coleta de dados	32
4.5.	Análise dos dados	32
4.6.	Aspectos éticos	34
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1.	Informações sócio-demográficas	35
5.2.	Informações ginecológicas e obstétricas	45
6.	CONCLUSÃO	57
7.	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE	63

1 INTRODUÇÃO

Conforme o boletim epidemiológico nº 1 de 2012, divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, referente a mortalidade materna no Brasil dos anos de 1990 a 2010, houve diminuição nos índices de mortalidade durante este período, especialmente entre os anos de 1994 a 2000. No entanto, ocorreu discreto aumento durante os anos de 2001 a 2009. Mesmo os índices mostrando esse decréscimo, o principal determinante à mortalidade materna ainda são as causas obstétricas diretas, sobretudo em jovens, na faixa etária de 10 a 19 anos. Sendo que quase a totalidade dos casos ocorreu durante a internação, especialmente no período do parto (BRASIL, 2012).

Desde o final da década de 1980, algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas objetivando melhorar a cobertura e a qualidade das informações sobre mortes maternas. Entre estas, vale ressaltar a implantação e estruturação de comitês de mortalidade materna e a institucionalização da vigilância do óbito materno, no qual as principais metas são corrigir as causas de óbito, identificar os óbitos maternos não declarados e apontar as circunstâncias que ocasionaram as mortes esperando atingir a meta de 85% de óbitos pesquisados (Portaria MS/GM nº 1.119/2008).

Para o alcance da meta em Estados cujos índices ficaram abaixo do esperado, como é o caso do Estado do Pará que ocupa o último lugar no *percentual de óbitos investigados de mulheres em idade fértil (MIF)* com menos de 40% dos óbitos investigados, é uma disparidade acentuada, já que a taxa nacional até o ano de 2011 foi de 60%. O Ministério da Saúde desenvolveu uma série de instrumentos entre manuais, guias de preenchimento e fichas de investigação, disponibilizados no endereço virtual da instituição, para a identificação e notificação desses casos (BRASIL, 2012).

Para a região Norte, segundo pesquisas do Ministério da Saúde, a mortalidade materna decresceu, embora tímida, desde 2010 houve queda de 7% nos índices, isto pode mostrar uma melhoria na qualidade da assistência e monitoramento dos agravos identificados durante a assistência pré-natal, sendo que o principal fator que influenciou positivamente na melhoria do acompanhamento pré-natal, segundo dados divulgados pelo MS citados na reportagem, se deve a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no entanto, a Região Norte ainda mostra altos índices de mortalidade no período gravídico-puerperal. (BRASIL, 2011).

A classificação como morte materna é feita quando a mesma ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o parto, cuja causa é consequência de uma complicação da gestação, do parto ou puerpério. Uma das complexidades mais significativas durante o ciclo gravídico

puerperal é a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), apresentando alto risco de morbimortalidade tanto para a mãe quanto para o feto, podendo ocorrer o trabalho de parto prematuro, entre outras complicações.

É comum em nulíparas, mas também pode acometer múltiparas, principalmente com histórico de hipertensão crônica prévia a gravidez. Que em sua forma de pré-eclâmpsia não há prevenção apenas deve-se realizar o monitoramento dos níveis pressóricos para que não evolua para sua gravidade maior, a eclampsia. E conforme as informações divulgadas pelo Boletim Epidemiológico de 2012, as mortes por hipertensão ainda ocupam o primeiro lugar entre os fatores responsáveis pelos casos de mortalidade materna devido a causas obstétricas diretas, seguidos de infecção puerperal, hemorragias, abortos e causas indiretas como doenças do aparelho circulatório. (BRASIL, 2012).

Para o desenvolvimento da DHEG devem-se levar em consideração alguns fatores que aumentam o risco da gestante de apresentar ou não tal patologia, entre eles podem ser citados: nuliparidade; extremos de idade (menos de 16 anos ou mais de 30 anos); obesidade; raça negra; doenças prévias à gestação principalmente hipertensão arterial; histórico familiar de gestação com DHEG; pré-eclâmpsia durante a gestação anterior; gestação gemelar e gestante com aumento da massa trofoblástica (REZENDE, 2010).

Desse modo, é necessária uma assistência pré-natal mais rigorosa, uma vez que o padrão elevado da pressão arterial é o primeiro parâmetro para o diagnóstico precoce da doença, pois, em geral, a partir da vigésima semana gestacional os achados clínicos que evidenciam DHEG são notórios e quando verificados e monitorados precocemente são considerados um problema passível de prevenção da evolução da doença para a forma mais grave.

A Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986, permite que o enfermeiro realize o acompanhamento integral do pré-natal de baixo risco, prestando assistência durante a gestação e ao parto normal, e com isso, poderá avaliar riscos e reconhecer complicações que reduzam a mortalidade materna, além de ressaltar outros benefícios tanto para a saúde materna quanto para a saúde infantil.

Sendo assim, o enfermeiro pode exercer influência nos hábitos de vida e saúde da mulher e de sua família. Baseando-se na educação em saúde, visto que é uma das principais ferramentas para o cuidado de enfermagem, utilizada durante a assistência de seus pacientes e famílias, seja no ambiente hospitalar ou na atenção básica, na perspectiva de modificar os padrões do estilo de vida, não desrespeitando os aspectos culturais, que podem predispor as pessoas aos riscos e agravos a saúde.

E quando a gestante está devidamente orientada a reconhecer as alterações de seu organismo que possam indicar complicações relacionadas a DHEG, o tratamento é essencial para que não evolua para eclampsia. Diante da situação apresentada em relação a temática, a relevância do estudo está relacionada com a vulnerabilidade na qual esse grupo de mulheres está sujeita, principalmente aos agravos a saúde que podem resultar em mortalidade.

A abordagem do assunto é de relevante importância **na sociedade, no meio acadêmico e principalmente para a enfermagem** em virtude da alta incidência de internações devido a complicações como a DHEG neste Hospital referencia a saúde da mulher, que segundo estatísticas da instituição cerca de 60 % das internações de alto risco obstétrico relacionam-se as intercorrências típicas dessa doença (*sic* – advérbio latino que quer dizer “assim mesmo”), e grande parte dessa parcela é oriunda principalmente do interior do Estado onde na maioria das vezes há carência de recursos físicos e humanos capacitados necessários a prestação de um serviço assistencial de qualidade, além do difícil acesso, estes fatores comprometem o desenvolvimento de uma gestação segura. (informações verbais) *

Considerando ainda que algumas dessas pacientes raramente procuram o atendimento especializado ou somente a partir de uma idade gestacional avançada. Sendo assim, a deficiência pela procura do atendimento pré - natal ainda é um fator relevante por conta dos índices de morbimortalidade materna e fetal, uma vez que o ciclo gestacional para esta intercorrência é caracterizado como de alto risco. A discussão no enfoque da assistência de enfermagem prestada a cliente com tendência a gestação de alto risco, no ambiente ambulatorial objetiva despertar a consciência para a importância da realização do pré – natal.

Procurando a melhor estruturação do cuidado e esclarecendo a mesma e a sua família a necessidade pelo qual deverá permanecer sob acompanhamento a fim de prevenir ou atenuar intercorrências clínicas graves durante este período. Desse modo, tendo em vista o campo de atuação abrangente para o profissional enfermeiro, a pesquisa procura fortalecer e fornecer subsídios à área da enfermagem enfatizando a importância do acompanhamento pré - natal.

Durante as atividades práticas de enfermagem em obstetrícia realizadas neste Hospital público de referência à saúde da mulher, identificou-se grande ocorrência de internações no acompanhamento hospitalar de alto risco gestacional procedentes principalmente do interior do Estado, o que supomos que estes municípios são desprovidos de suporte técnico especializado e suficiente, na atenção básica, a fim de suprir a demanda e oferecer assistência de boa qualidade a essas pacientes.

*informação fornecida por uma enfermeira gerente da enfermaria de alto risco obstétrico da FSCMPA, por meio de uma conversa informal durante as atividades práticas curriculares em obstetrícia.

A partir de conversas com algumas dessas pacientes verificou-se que a assistência pré-natal era realizada, na medida do possível, na Capital do Estado. Além da capital, outras realizavam a assistência pré-natal em seus municípios de origem, porém segundo relatos, o acompanhamento é pouco eficiente.

Sendo assim, é notório que a gestação de alto risco, em grande parte das ocorrências, a DHEG, evolui em mortalidade materna, decorrentes de complicações durante a gestação ou até mesmo, desenvolvidas durante o parto; que implicam em maior tempo de hospitalização, onerando os serviços hospitalares e ocupando leitos que poderiam ser destinados a outras pacientes em situação de emergência. Fatos estes atribuídos a deficiência ou a ausência do acompanhamento pré-natal. Com isso, levantou-se a seguinte questão norteadora: quais as principais características epidemiológicas das gestantes internadas em decorrência da DHEG atendidas pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA)?

2 OBJETIVO

Conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez e suas complicações, atendidas pela FSCMPA no período de 2010 a 2011.

3 SUPORTE TEÓRICO

3.1 Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG): definição e classificação.

A hipertensão induzida pela gravidez apresenta diversas sinônimas, entre elas podemos citar: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), toxemia gravídica, gestose hipertensiva, síndrome vascular da gestação, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, estes últimos são comumente utilizados. Além disso, o MS classifica a doença nos seguintes itens: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, hipertensão gestacional (sem proteinúria), síndrome HELLP, hipertensão crônica conforme a sintomatologia apresentada pela gestante (BRASIL, 2012).

Para Viggiano (2002), a **pré-eclâmpsia** ocorre principalmente no final do 2º trimestre da gestação, e é caracterizada pelo quadro clínico: **edema, proteinúria e hipertensão arterial** ou hipertensão e proteinúria ou hipertensão e edema, podendo ocasionar convulsão e / ou coma. É importante o seu monitoramento, por sua frequência elevada e por ser um problema obstétrico que mais ocasiona morbimortalidade materno-fetal.

O principal indicativo de problemas advém quando a gestante apresentar um acréscimo de 30 mmHg na pressão sistólica e/ou 15 mmHg na diastólica, uma vez que durante o ciclo gravídico é normal os níveis tensionais apresentarem-se baixos, porém cada organismo é único e sendo assim é essencial o acompanhamento da pressão arterial a cada consulta pois há de se considerar que a hipertensão arterial pode ser um problema pré existente, daí a importância de monitorar os níveis pressóricos e investigar antecedentes familiares (GONÇALVES, 2005).

Um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15 mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90 mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30 mmHg na sistólica ou 15 mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais atenta, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6mg/dL).

A pré-eclâmpsia para a maioria dos autores ocorre principalmente com nulíparas em detrimento de casos com multíparas, especialmente entre mulheres jovens com menos de 20 anos de idade, bem como aquelas com história pregressa de pré-eclâmpsia apresentam mais chances para o desenvolvimento da doença.

O **edema** pode ser um forte indício, especialmente quando encontrado nos seguintes locais: parede abdominal, face, região lombossacra e mãos, assim como o aumento de peso

acima de 500g por semana. Porém há autores que não o consideram como um sintoma indicativo de pré-eclâmpsia, visto que aparece em todas as gestações. Outros sinais e sintomas podem surgir à medida que a doença progride como: cefaleias, tonturas, distúrbios visuais e hiperreflexia podem aparecer decorrentes da irritabilidade crescente do sistema nervoso central. A dor epigástrica é um sintoma tardio, que é atribuída ao estiramento da cápsula hepática devido ao edema e/ou hemorragias (REZENDE, 2010).

Já na **eclâmpsia**, o edema acentuado muitas vezes deforma as feições da mulher até torná-la irreconhecível. Sintomas como oligúria, anúria e proteinúria aparecem, a pressão arterial chega a atingir valores acima de 180/110 mmHg. Além disso, podem ocorrer **convulsões** tônico-clônica generalizadas ou **coma** em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Podendo incidir na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

As convulsões são precedidas por uma aura (sensação subjetiva e passageira que precede a uma crise). Essas crises começam com o bater das pálpebras ou por um espasmo dos músculos faciais, os olhos estão bem abertos e fixos, as pupilas estão geralmente dilatadas. Na sequencia todo o corpo se enrijece e todos os músculos se contraem e relaxam alternadamente. Segundo Viggiano (2004), após uma convulsão, a paciente fica em coma variando na duração e profundidade; a condição dessa paciente é sugestiva da evolução da doença. A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, ainda, de acordo com o grau de comprometimento, conforme indicações do MS e como tal necessitam de condutas distintas.

Os casos de **pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica** são definidos pelo surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres portadoras de hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a vigésima semana gestacional, podendo surgir trombocitopenia e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas. Os riscos de ocorrer convulsão são iminentes se não houver controle dos sintomas.

Hipertensão gestacional (sem proteinúria), nesta situação o diagnóstico será retrospectivo, pois a o quadro hipertensivo pode ser transitório, ou seja, normalizará durante o período puerperal ou persistirá após o puerpério, no entanto deve-se afastar as possibilidade da ocorrência de pré-eclâmpsia, uma vez que a proteinúria pode aparecer tardiamente, mas o manejo clínico é o mesmo para os casos de pré-eclâmpsia.

A **hipertensão crônica** caracteriza-se quando há ocorrência de níveis pressóricos elevados antes da gestação, ou quando verificados durante a gestação, porém os sintomas hipertensivos não desaparecem após o final do período gestacional, sendo que estes sintomas são frequentes em gestantes com histórico familiar de hipertensão arterial.

Estudo realizado em um Hospital de referência em gestação de alto risco no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de agosto a dezembro de 2007 buscou avaliar as percepções das puérperas, por meio de entrevista semiestruturada, acerca da DHEG e uma das variáveis de grande relevância aponta para a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal, ressaltando as orientações repassadas durante a assistência prestada a gestante. (SILVA ET al., 2011).

E de acordo com as entrevistadas as orientações do profissional da enfermagem foram mais atenciosas do que as orientações do médico, e neste sentido a promoção da segurança, apoio psicológico, as informações acerca das condições de saúde, sobre o processo gestacional e desenvolvimento fetal são atividades essenciais na conduta do enfermeiro, pois a ação educativa e assistencial do enfermeiro é imprescindível para a modificação do comportamento da gestante e para o desenvolvimento de uma gestação sem complicações. (SILVA ET al., 2011).

Vale ressaltar que a assistência pré-natal ofertada por uma equipe multiprofissional garante um acompanhamento de qualidade, assegurando o bem estar materno e fetal, pois este quadro clínico pode acarretar mortalidade ou sequelas graves tanto para a mãe quanto ao feto, quando não controlado devidamente.

3.1.2 Condutas

A terapêutica para a DHEG objetiva controlar os sintomas, a fim de prevenir o risco do desenvolvimento da eclampsia, sendo que a melhor conduta dependerá da gravidade dos sintomas, da idade gestacional e também da avaliação individual de cada caso. Neste ponto a função da enfermagem é essencial no que diz respeito as orientações prestadas durante o pré-natal, tais como a sensibilização da gestante para que procure modificar alguns hábitos que possam ser prejudiciais durante a gestação, como reduzir o peso corpóreo por meio de uma dieta hipossódica e calórica controlada, substituindo gorduras de origem animal por óleos vegetais, diminuir os açúcares e aumentar o consumo de fibras (VIGGIANO, 2002).

O tratamento específico da DHEG é o uso de ansiolíticos, medicações anti-hipertensivas específicas, as quais são diferentes dos receitados para pacientes hipertensas crônicas. Em alguns casos, a hospitalização se faz necessário para o monitoramento da evolução do quadro clínico. Portanto, planejar e orientar o cuidado de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de enfermagem visando a identificação dos sinais e sintomas que possam evidenciar alguma alteração clínica, ou seja, identificar os diagnósticos de

enfermagem fundamentando-se na coleta de informações durante a avaliação da gestante é o primeiro passo para uma assistência hospitalar humanizada (BRASIL, 2006).

Assim, o enfermeiro implementa algumas das principais condutas visando o conforto da cliente e a prevenção de complicações, como: mantê-la em repouso absoluto em decúbito lateral esquerdo o maior tempo possível visto que descomprime a veia cava e consequentemente melhora o fluxo venoso; orientar o consumo de dieta hiperprotéica e hipossódica mantendo estáveis ou melhorando os níveis pressóricos elevados; realiza o controle de diurese nas primeiras 24 horas registrando e comunicando qualquer tipo de alteração, principalmente na identificação de proteinúria.

Para as gestantes com **pré-eclâmpsia leve**, o ideal é que sejam hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial, mantidas com dieta normossódica e repouso relativo. Na avaliação das condições maternas é imprescindível a aferição da PA a cada 4 horas durante o dia, pesagem diária com a paciente em jejum, e investigação dos sintomas que podem evidenciar a eclâmpsia como: cefaleia frontal ou occipital persistente; distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhadas ou não de náuseas e vômitos, hiperreflexia, investigação de proteinúria de 24 horas, hematócrito e plaquetas, provas da função renal e hepática, acompanhamento do crescimento fetal. Porém, não há necessidade de tratamento medicamentoso, apenas o controle dos sintomas (BRASIL, 2012).

A avaliação das condições fetais que incluem: contagem dos batimentos cardíacos fetais diariamente, avaliação do crescimento fetal através da propedêutica obstétrica e mensuração da altura uterina e também do índice de líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, recomenda-se a repetição dos testes a cada três semanas. Além disso, a reavaliação das condições materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças severas no quadro clínico da gestante, para o qual se redirecionam as condutas adotadas.

E conforme a presença de sinais e sintomas graves é fundamental o retorno imediato ao hospital, principalmente quando verificados níveis pressóricos de 150/100 mmHg, cefaleia persistente, sangramento vaginal, entre outros. Sendo que geralmente esta sintomatologia é comumente evidenciada em gestantes com ganho de peso semanal exagerado, daí a importância da vigilância constante. Os casos de **indicações para o parto** devem ser considerados quando as condições da vitalidade fetal e materna estejam comprometidas, uma vez que a antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia (BRASIL, 2012).

As gestantes diagnosticadas com **pré-eclâmpsia grave**, deverão ser internadas obrigatoriamente, e solicitados exames de rotina para avaliar suas condições clínicas (hemograma, Função renal - ureia, ácido úrico, creatinina - e hepática-transaminases, DHL, bilirrubinas- Proteinúria de 24 horas, ECG, Urina tipo I). Assim como a avaliação das condições clínicas fetais utilizando a cardiotocografia e o ultrassom (ILA/Biometria fetal). Logo em seguida faz-se a administração de um hipotensor (Sulfato de Magnésio, Hidralazina – 50 a 200 mg/dia, B-bloqueadores – 10 a 30 mg/dia, Nifedipina – 20 a 60 mg/dia), e caso haja melhora da sintomatologia realizam-se novas avaliações maternas e fetais até que o feto atinja a maturidade intrauterina e o parto possa ser realizado e se não houver melhora após a administração do hipotensor antecipa-se o parto. (BRASIL, 2012).

Se a idade gestacional for superior ou igual a 34 semanas de gestação, deve ser providenciada a interrupção da gestação. A conduta conservadora pode ser adotada em gestantes com pré-eclâmpsia grave desde que haja monitoração materno-fetal rigorosa, uso de Sulfato de Magnésio e agentes anti-hipertensivos de ação rápida como a Hidralazina ou Nifedipina, realização de exames periódicos, e permitir apenas a ingestão de líquidos. Após este período de monitoramento, se observadas melhorias significativas do quadro clínico suspende-se o Sulfato de Magnésio, porém é mantida a vigilância da gestante com o controle dos níveis pressóricos, exames de rotina, bem como a avaliação do crescimento fetal.

A **eclâmpsia** irá ocorrer quando gestantes com sintomatologia de pré-eclâmpsia apresentarem além dos sintomas típicos, as convulsões. Nestes casos o manejo clínico é voltado para o tratamento das crises convulsivas, da normalização da pressão arterial e dos distúrbios metabólicos, não deixando de lado os cuidados e controles gerais para gestantes com eclâmpsia (manter o ambiente tranquilo, posicionar a paciente em decúbito elevado a 30° e face lateralizada, instalar cateter nasal com oxigênio (5L/min), se necessário, puncionar dois vasos calibrosos e manter cateter vesical contínuo de acordo com as técnicas assépticas).

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir ou reverter convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia, evitando assim sérias complicações. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Segundo um estudo de Valadares Neto (2000), o sulfato de magnésio mostrou-se mais eficiente no controle e prevenção das crises convulsivas, uma vez que proporciona menos recidiva das convulsões quando comparado a outros anticonvulsivantes, no entanto o estudo sugere que a utilização do mesmo pode estar associada a maior recorrência de hemorragias durante o pós-parto, dificuldade respiratória no neonato e cianose,

embora estas intercorrências não tenham contribuído para a ocorrência de óbitos maternos e neonatais:

Sabe-se, no entanto, que o sulfato de magnésio suprime a contratilidade de fibras miométriais isoladas *in vitro*, atuando provavelmente de forma competitiva com o cálcio, diminuindo as concentrações livres deste íon no meio intracelular que são necessárias à interação actino-miosina no processo de contratilidade da musculatura lisa. É provável que, atuando desta maneira, o sulfato de magnésio tenha levado à ocorrência de atonia uterina, o que pode ter determinado a maior prevalência de hemorragia pós-parto nas pacientes tratadas com esta substância (VALADADES NETO, 2000, pág. 548).

Sendo assim, o MS recomenda a utilização do sulfato de magnésio nas seguintes situações: gestantes com eclampsia, pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas, pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação, pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente). Há indicações ainda onde o sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo ou quando iniciado no puerpério, o tempo de 24 horas deve ser considerado como usual após a primeira dose (BRASIL, 2012).

De acordo com Ruano (2004), em 1955, Pritchard descreveu o esquema terapêutico intramuscular para eclampsia e pré-eclampsia grave utilizando dose de ataque de 4 g intravascular associada a 10 g intramuscular, seguida pela dose de manutenção de 5 g intramuscular a cada 4 horas. Este esquema terapêutico é o mais eficaz atualmente para o tratamento e prevenção de novas crises convulsivas. Ao utilizá-la é aconselhável o uso de agulha longa e técnica em zigue-zague na administração intramuscular.

QUADRO 1: Esquema terapêutico usado para a doença hipertensiva específica da gestação – Sulfato de Magnésio (MgSO₄).

Dose de ataque	Dose de manutenção
4,0 g (8,0 ml de MgSO ₄ a 50% com 12,0 ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0 g (10 ml de MgSO ₄ a 50%) intramuscular em cada nádega.	1,0 g/hora (10 ml de MgSO ₄ a 50% com 490 ml de solução glicosada a 5% a 100 ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0 g/hora (20 ml de MgSO ₄ a 50% com 480 ml de solução glicosada a 5% a 100 ml / hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10 ml de MgSO ₄ a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

Fonte: BRASIL, 2012.

No entanto, a administração do sulfato de magnésio requer alguns cuidados devido aos possíveis efeitos colaterais da administração parenteral, entre eles: hipotensão, náuseas, êmese, sensação de calor, rubor, astenia muscular, vertigem e irritação no local da aplicação. Além da hemorragia pós-parto também pode ocorrer depressão respiratória. O monitoramento rigoroso da gestante durante sua utilização é essencial, uma vez que através de parâmetros clínicos é possível prevenir a toxicidade (SOUZA, 2006).

Caso a gestante apresente frequência respiratória de menos que 16 incursões por minuto além dos reflexos tendíneos completamente abolidos ou quando verificado diurese inferior a 100 ml durante as 4 horas precedentes a utilização da dose de manutenção, esta deverá ser suspensa. E em paradas respiratórias o gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. Na repetição das crises convulsivas, deve-se utilizar mais 2g endovenoso e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio (SOUZA, 2006).

3.1.3 Via de parto

A conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e a antecipação do parto, após a estabilização do quadro, inicia preferencialmente os preparativos para interrupção da gestação. O parto é o tratamento definitivo para a DHEG, sua realização dependerá da idade gestacional, da vitalidade e maturidade do feto e da intensidade e gravidade da doença. O parto vaginal é preferível à cesariana para mulheres com pré-eclâmpsia / eclampsia, desse modo evitará o estresse adicional de uma cirurgia em uma situação de alterações fisiológicas múltiplas.

Porém, em gestantes cujo diagnóstico é a pré-eclâmpsia leve, o ideal é retardar o parto até o feto encontrar-se maduro para nascer com segurança, ou seja, é mantida a conduta conservadora objetivando o controle dos sinais e sintomas. Diferentemente dos casos de pré-eclâmpsia grave onde a indução do parto deve ser realizada assim que possível, não importando o nível de maturidade fetal (menos de 32 semanas) visto que a saúde e o bem-estar materno irão normalizar. Já para as gestantes que apresentam eclampsia a indução do parto, deve ser considerada, logo após o controle das crises convulsivas e estabilização dos níveis pressóricos por meio de um hipotensor administrado por via parenteral (MONTENEGRO, 2008).

Logo a indução do parto deve ser realizada de maneira intensiva assim que estiver consolidada a decisão de interrupção da gestação. Em gestações longe do termo nas quais o parto é indicado e com condições maternas estáveis o suficiente para permitir o

prolongamento da gravidez por até 48 horas, sendo assim, é necessária a administração de corticoides para acelerar o processo de maturação pulmonar fetal.

Em gestações com períodos iguais ou maiores que 34 semanas, com colo imaturo, recomenda-se realizar amadurecimento cervical sob monitoração intensiva. Se o parto vaginal não puder ser efetuado dentro de um período razoável de tempo, deve-se realizar a cesariana. Montenegro (2008) ressalta que a avaliação das condições fetais não deve ser descartada e quando este se encontra com menos de 1.500 gramas a cesariana é obrigatória (BRASIL, 2012).

Existem indicações absolutas e relativas para a realização do parto cesáreo. Este procedimento é importante para salvar a vida da mãe e do bebê ou quando ambas estão em situação de alto risco. A DHEG está entre as indicações absolutas para sua realização seguidas de desproporção céfalo-pélvica; hemorragias no final do período gestacional, ou antes, do parto; feto em situação transversa, gemelaridade e sofrimento fetal. A ocorrência de diabetes gestacional, ruptura prematura das membranas com trabalho de parto prolongado são indicações relativas para efetivação deste tipo de parto.

Lembrando que a assistência pré-natal rigorosa é um importante fator de redução do risco de complicações e da necessidade de cesariana. Um estudo mostrou que quase todas as cesarianas realizadas em uma maternidade pública tiveram indicação clínica registrada, sendo a desproporção céfalo-pélvica seguida da DHEG as principais. Na maternidade privada havia documentação de indicação clínica em apenas pouco mais de 60% dos casos, sendo a desproporção céfalo-pélvica a mais referida, seguida do sofrimento fetal e da DHEG (MANDARINO, 2009).

O **manejo clínico no pós-parto** requer monitoramento e avaliação das condições maternas durante as semanas seguintes, sendo fundamental a orientação quanto aos riscos de apresentarem novamente a DHEG e também sobre a possibilidade de riscos e desenvolvimento de doenças cardiovasculares. No entanto, os sinais e sintomas da hipertensão associados à pré-eclâmpsia tendem a desaparecer em um período de até seis semanas após o parto. Caso persistam, é sugestivo de que a doença tornou-se crônica e sendo assim a reavaliação das condições clínicas maternas é necessária.

3.1.4 Avaliação fetal

Se não houver pré-eclâmpsia ou se a pré-eclâmpsia não estiver sobreposta, não há necessidade de avaliação fetal extensa. Um exame ultrassonográfico para avaliação da idade

gestacional deve ser feito entre 18 e 20 semanas e o crescimento fetal avaliado posteriormente por nova avaliação ultrassonográfica entre 28 e 32 semanas e a seguir mensalmente até o termo. Se houver evidência de crescimento fetal restrito ou se a pré-eclâmpsia não puder ser excluída, o bem-estar fetal deve ser avaliado pelos testes usuais (dopplerfluxometria de preferência). Se não houver pré-eclâmpsia e o feto estiver crescendo normalmente, não há necessidade de testes adicionais.

Tratamento da hipertensão após o parto: Se a pressão antes da gravidez era normal ou desconhecida, interromper a medicação três a quatro semanas após o parto e observar a cada uma a duas semanas por um mês, depois a cada 3–6 meses por um ano. Se a hipertensão recorrer, deve ser tratada.

Tratamento da hipertensão durante a amamentação: A amamentação deve ser encorajada e pode ser realizada com segurança, com certos limites. As drogas que podem ser utilizadas são os inibidores da ECA (Captopril), a alfametildopa e a nifedipina. A alfametildopa deve ser gradativamente substituída pelo Captopril. As crianças de mães que usam anti-hipertensivos e que amamentam ao seio devem informar o pediatra para vigilância de eventuais efeitos adversos (BRASIL, 2012).

3.1.5 Fatores de risco

A etiologia da DHEG ainda é desconhecida, porém alguns fatores favorecem o desenvolvimento da doença em algumas mulheres mais do que em outras e requerem maior vigilância do quadro clínico a fim de detectar e prevenir qualquer alteração que represente de complicações e/ou óbito. Entre eles: índice de massa corpórea (IMC) elevado, primeira gestação, extremos de idade, obesidade, raça negra, doenças prévias da gestação (HAS, Diabetes, doenças renais e lúpus), histórico familiar de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia assim como a pré-eclâmpsia na gestação anterior, gemelares, permuta de parceiros sexuais, massa trofoblástica, aborto prévio, ganho excessivo de peso, baixo nível socioeconômico (BRASIL, 2012).

Os **extremos de idade** (< de 15 e > de 30 anos) configuram o fator de risco que possivelmente mais desenvolve morbidades tanto relacionadas a mãe quanto relacionadas ao feto. Amaral (2011) em sua pesquisa sobre os *fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia*, relatou maior incidência de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e crescimento intrauterino restrito (CIUR) em adolescentes com menos de 15 anos, prevalecendo a pré-eclâmpsia. Outra população estudada em sua pesquisa foram mulheres de 40 anos, e os resultados mostraram

que houve duas vezes mais riscos para essa faixa etária, uma vez que o desenvolvimento desta patologia esteve mais frequente entre elas do que para as mulheres mais jovens, bem como a frequência para o desenvolvimento de hipertensão arterial.

O fato de as adolescentes apresentarem sinais e sintomas clínicos sugestivos de pré-eclâmpsia estaria, segundo Amaral (2011), relacionado ao fato de serem primíparas e primigestas na maioria dos casos. Sendo assim, concluiu que para a ocorrência da pré-eclâmpsia o risco é similar entre primíparas e múltiparas, e que há determinantes que influenciam em seu desenvolvimento independente da idade materna e quando não controlados oferecem riscos iguais para todas as idades (hábitos de vida e nutricionais, assistência pré-natal, obesidade e apoio familiar).

Posto isto, a primeira gestação em uma idade materna acima de 30 anos é fator de risco mais comumente identificado para o desenvolvimento de hipertensão arterial sobreposta a pré-eclâmpsia. Este fenômeno social é cada vez mais frequente, e é reflexo do maior nível de escolarização das mulheres, pois algumas mulheres adiam a maternidade em prol da carreira no trabalho, isto poderia significar que esta população é mais propensa a desenvolver doenças antes do período gestacional, em especial a Hipertensão Arterial Crônica (HAC), diabetes e estresse devido a atividade laboral que exercem, favorecendo complicações durante a gravidez (ASSIS, 2008).

Moura (2010), apontou as gestações que ocorrem nos extremos da idade reprodutiva, como de potenciais riscos para o surgimento de pré-eclâmpsia. E em estudo realizado com 40 gestantes em um hospital público no município de Fortaleza – CE, prevaleceu maior incidência de hipertensão gestacional em mulheres jovens e adolescentes, 19 (47,5%) das 40 gestantes que participaram do estudo tinham entre 15 e 21 anos de idade e desenvolveram pré-eclâmpsia.

Esse número de gestações em adolescente, como mostrado na pesquisa, embora tenha prevalecido, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) divulgou queda nos percentuais de maternidade entre as adolescentes. Para as faixas etárias de 15 a 19 anos houve decréscimo de 20, 9%, em 2000, para 17, 7% em 2011, mas ideal seria manter a taxa abaixo dos 10%, os dados são da pesquisa “Estatística do Registro Civil”, divulgada pelo IBGE.

A ocorrência de pré-eclâmpsia durante a **primeira gestação** está associada, de acordo com Moura (2010), a uma situação de maior estresse bem como ao menor período de exposição aos antígenos paternos o que possivelmente resultaria em má adaptação placentária. Primíparas que apresentaram DHEG possuem alto risco de desenvolvê-la na próxima gestação. As pacientes que tiveram pré-eclâmpsia, têm grande chance de permanecerem

hipertensas para o resto da vida. Associa-se ainda ao desenvolvimento da doença o fato de que a estreia funcional do útero implica falta de adaptação das artérias uterinas para cobrir as necessidades da concepção (EL-KADRE, 1991).

Estudos epidemiológicos suportam o conceito de que a má adaptação materna ao antígeno paterno fetal está intimamente relacionada ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Essa má adaptação imune determina resposta materna inadequada aos antígenos fetais oriundos do DNA paterno e seria o mecanismo chave do desencadeamento do processo fisiopatológico da pré-eclâmpsia. Esta resposta imune anormal contribuiria para a invasão inadequada das artérias espiraladas pelas células trofoblásticas, característica tanto da PE como da restrição do crescimento fetal intra-útero (AMARAL, 2011, p. 156).

Assis (2008), publicou em um de seus trabalhos a predominância para adolescentes primíparas quanto ao risco elevado de hipertensão gestacional, respectivamente com a ocorrência de 51,7% das 29 pacientes acompanhadas durante o pré-natal, e 102 prontuários analisados em um estudo caso-controle, evidenciando assim, o que a maioria da literatura aborda em se tratando de primiparidade como fator predisponente à pré-eclâmpsia e comumente observado em mulheres mais jovens que são em sua maioria primíparas.

É importante observar o ganho de peso da gestante a cada semana de acompanhamento pré-natal, uma vez que, segundo Gonçalves e Lavado (2010), o **IMC elevado** é um importante indicador para detectar a ocorrência da DHEG. E assim como Scopel (2012), em consonância com Cnossen (2007), apontaram em seus estudos que o IMC materno elevado, durante o período gestacional, é importante fator de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, os resultados mostraram que o IMC apresentou alta especificidade para direcionar o diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia nas gestantes, quando associado a outros sintomas típicos da doença.

A **obesidade** apresenta forte relação com IMC e quando alterado, ajuda a desencadear várias complicações obstétricas, entre elas o diabetes e hipertensão gestacional, além de oferecer mais riscos para os sinais clínicos da pré-eclâmpsia especialmente àquelas sem atividade física regular. O ganho excessivo de peso, evidenciado pelo IMC acima de 30 em mulheres no período pré-gestacional aumenta as chances desenvolverem a doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tabela de IMC para gestantes (ou tabela de IMC gestacional) segue um aumento constante, porém com evoluções distintas dependendo do IMC apresentado antes do período gestacional (AMARAL, 2010).

TABELA 1: Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional

Estado nutricional antes da gestação	IMC (kg/m ²)	Ganho de peso durante a gestação (Kg)	Ganho de peso por semana no 2° e 3° trimestre (Kg)
Baixo peso	<18,5	12,5 – 18	0,5
Peso adequado	18,5 - 24,9	11 – 16	0,4
Sobrepeso	25,0 - 29,9	7 – 11,5	0,3
Obesidade	≥ 30,0	5 – 9	0,2

Fonte: OMS (Organização Mundial da Saúde), 2013.

Para Assis (2008), a obesidade favorece o desenvolvimento da hipertensão arterial crônica superajuntada à pré-eclâmpsia representando mais riscos a gestantes obesas em comparação as gestantes não obesas e que o risco se eleva ainda mais na medida em que aumenta o IMC. Dai a necessidade da realização da vigilância constante do ganho de peso bem como a orientação nutricional específica para esse grupo de gestantes de alto risco obstétrico.

Assim como a obesidade, outro preditor importante é a **raça negra**, uma vez que mulheres pertencentes a esta etnia desenvolvem hipertensão arterial com mais frequência quando comparado a incidência em mulheres brancas, ressaltando que em nossa realidade é difícil atribuir o desenvolvimento da doença somente a este aspecto devido a miscigenação populacional, sendo assim os quesitos obesidade associada a raça não branca favorece a ocorrência de pré-eclampsia sobreposta à hipertensão arterial crônica. Este risco é agravado mais ainda quando associado a primiparidade. (AMARAL, 2011).

Histórico familiar de eclampsia ou pré-eclampsia em parentes de primeiro grau (mãe, irmã, tia, avó), torna a gestante mais susceptível a apresentar a doença especialmente quando há antecedente familiar de hipertensão arterial, sendo incontestável a herança genética para predispor a doença, porém poderá ser modificada ou influenciada por questões não genéticas, paternas e fetais que assim como a **pré-eclampsia na gestação anterior**, influenciam positivamente no processo de formação da doença requerendo atenção redobrada ao nível pressórico apresentado no momento da avaliação dessa gestante bem como no decorrer do período gestacional, as orientações referentes aos hábitos alimentares são essenciais para o controle e prevenção de complicações, inclui-se dieta hiperprotéica e hipossódica (MOURA, 2010).

Vale ressaltar que, mulheres com antecedentes familiares de hipertensão arterial e que desenvolvem a doença no período gestacional, são fortes candidatas a serem portadoras de

hipertensão arterial crônica durante toda a vida, portanto o manejo clínico adequado visando o diagnóstico precoce e consequentemente o tratamento necessário somente por meios não farmacológicos impedindo futuras complicações decorrentes da evolução natural da hipertensão arterial é fundamental. Pesquisas mostram que em mulheres jovens e/ou adolescentes a ocorrência de pré-eclampsia é cinco vezes maior, pois são em sua maioria primíparas, e com o início tardio o acompanhamento pré-natal a detecção precoce de sinais e sintomas clínicos impossibilitam a prevenção de complicações. (METELLO ET AL 2008).

A existência de **doenças prévias da gestação (HAS, Diabetes, nefropatias)**, são distúrbios que favorecem o desenvolvimento da doença durante a gestação. Conforme El-Kadre (1991) nefropatias aumentam consideravelmente os riscos, uma vez que a função renal está deteriorada os sintomas clínicos afloram com mais nitidez, resultado da taxa de filtração glomerular diminuída, depuração da creatinina (110 – 150 ml/min) e diminuição da creatinina (0,5 – 0,8 mg/dl). Resultando em discreto aumento do tamanho dos rins assim como dilatação acentuada da pelve renal, cálices e ureteres (MONTENEGRO, 2008).

O parto prematuro pode ser uma implicação da alteração da função renal, bem como o índice elevado de proteinúria pode evidenciar a doença renal crônica, que em grande parte dos casos estará associado a ocorrência de pré-eclampsia. Essas enfermidades estão associadas ao desenvolvimento de problemas hipertensivos durante a gestação.

Mola hidatiforme ou tecido trofoblástico é o responsável por cerca de 18 a 3% das gestações que desenvolvem DHEG, nestes casos o aumento do nível pressórico é uma manifestação clínica da doença trofoblástica, ou seja, é uma complicação indicativa que pode sugerir a ocorrência da mesma. O maior crescimento propiciando uma massa trofoblástica volumosa aumenta em 10 vezes o risco de pré-eclampsia, porém o aparecimento precoce da sintomatologia (antes de 20 semanas gestacionais) fortalece o diagnóstico sugestivo de mola hidatiforme (EL-KADRE, 1991).

Gemelares é uma evidencia considerada como forte indicativo para o desenvolvimento da DHEG, aumentando o risco materno. A gravidez multifetal relaciona-se com faixas etárias maternas maiores, com a raça negra, com o aumento da paridade, com história familiar, com frequência maior de relações sexuais, e, em dias atuais, com as técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

O **baixo nível socioeconômico**, bem como o tipo de atividade ocupacional geradora ou não de renda, determinam algumas dificuldades enfrentadas pelas gestantes, pois o acesso aos serviços de saúde torna-se um empecilho devido a incompatibilidade de horários e/ou disponibilidade de recursos especializados no local onde procuram atendimento ou mesmo,

dificuldades relacionadas ao deslocamento até o serviço especializado. A relevância da delimitação da predição de mulheres que desenvolverão pré-eclâmpsia é claramente necessária, pois direcionaria cuidados médicos especiais e medidas preventivas que poderiam prolongar a gestação e diminuir os riscos maternos e fetais.

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E OBJETIVOS DO ACOMPANHAMENTO PRÉ – NATAL

A assistência pré - natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o início seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à saúde da gestante e/ou ao feto. Ao primeiro contato com a gestante, devem-se oferecer informações quanto aos hábitos de vida, orientação alimentar, atividade física, noções do parto e aleitamento materno e oferecer testes de *screening* para o diagnóstico e tratamento precoce de patologias que possam comprometer a saúde da mãe e/ou do feto.

Desse modo, a primeira consulta do pré-natal deverá ocorrer no 1º trimestre gestacional, e que posteriormente haja consultas mensais até a 34ª semana, e consultas no intervalo de duas semanas até a 38ª semana, seguidas de acompanhamentos semanais até o parto ou a 42ª semana. Sendo que o MS recomenda no mínimo seis consultas pré-natais. No caso de pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença, pois o acompanhamento, algumas vezes deverá ser feito com a paciente internada (BRASIL, 2006).

Os dados clínicos dos exames e resultados laboratoriais devem ser, em cada consulta, cuidadosamente anotados e arquivados em fichas na Instituição (ou consultório) e repassado ao cartão da gestante, que é o documento básico para o registro de todo o acompanhamento pré - natal realizado pela gestante, e é distribuído a partir da primeira consulta. Alguns estudos mostram que a maioria das mortes por causas maternas diretas são evitáveis, se ações que objetivam a qualidade da assistência perinatal e o acesso aos serviços de saúde da gestante forem tomadas. (BRASIL, 2005).

O enfermeiro enquanto profissional integrante da equipe de saúde na atenção básica é responsável por acompanhar as mudanças fisiológicas da gestante identificando e controlando as intercorrências clínicas sugestivas de complicações obstétricas em nível ambulatorial para a realização de ações preventivas, educativas e curativas durante a gestação até o primeiro ano

de vida do bebê. Como condições para uma assistência criteriosa, os seguintes elementos devem ser garantidos no atendimento de pré-natal:

- Captação precoce da grávida na comunidade.
- Controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo;
- Recursos Humanos treinados;
- Área física adequada;
- Equipamentos e instrumental mínimos;
- Instrumentos de registro e estatística;
- Medicamentos básicos;
- Apoio laboratorial mínimo;
- Sistema eficiente de referência e contra referência;
- Avaliação das ações da assistência pré-natal.

Importante salientar que a escolaridade da mãe é um fator diferencial que influenciará neste processo de acesso à assistência pré - natal. E se revela um fator importante na percepção da importância da assistência à saúde materno-infantil, bem como a assimilação das informações repassadas. É razoável, também, deduzir que essas mulheres de maior escolaridade são aquelas que têm melhores níveis de renda e, conseqüentemente, maiores condições de acesso a serviços privados de saúde do que as mulheres com menores rendimentos.

Isso, por um lado, se torna uma vantagem em relação às mulheres cujo acesso está limitado ao serviço público, especialmente pela quantidade de atendimentos que este serviço de saúde é obrigado a realizar, em virtude da grande demanda inclusive oriunda do interior do Estado. Por outro, representa a necessidade de ampliação ou de melhoria da assistência pré - natal da rede pública, para que o acesso seja facilitado a todas. (DALTOSO, 2005).

Conforme Souza *et al.*; (2005), mais tarde ocorreram mudanças no modelo assistencial do SUS, através da criação de dois outros novos programas, os quais conhecemos como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que funciona como um elo entre a comunidade e o profissional de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, fazendo reorientar a assistência que deixou de ser centrada no indivíduo para abranger toda a família, integrando os princípios do SUS com a comunidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas de buscar atenção qualificada para a população, como complementam Costa et al. (2009). E isso sendo dúvida influi na

busca e na aproximação desse público com as Unidades de Saúde favorecendo o acesso ao atendimento.

Souza et al.; (2005), afirmam ainda que essa reorientação representou um desafio para **o profissional enfermeiro**, pois tinha este suas ações voltadas para o modelo curativo e individual da assistência; e, segundo Franco in Archanjo e Silva (2007) teria que se readaptar a um novo modelo cujo programa era, então, voltado para assistência coletiva, trabalhando em dois campos, na unidade e na comunidade, com a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

É notório que a implementação dessas Políticas Públicas tornou-se fundamental para atender as necessidades da mulher neste período. Um dos Programas precursores da vigilância a saúde feminina é o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), ao qual foi criado na década de 80 e tem como um dos seus principais enfoques *aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização do serviço para toda a população*, objetivando a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal. Uma grande preocupação em países em desenvolvimento como o Brasil, uma vez que os índices de mortalidade materna são indicadores que refletem as condições de vida e de saúde das mulheres, revelando assim, a qualidade da assistência pré-natal ofertada a população. (BRASIL, 2011).

Durante a atenção pré-natal o enfermeiro oferece instruções à futura mãe já na primeira consulta, entre elas: os cuidados com a alimentação, uma das principais orientações referentes ao controle apropriado da DHEG ou, sobretudo como forma de prevenção para o não desenvolvimento desta enfermidade, além de formas de se manter confortável, exercícios de estimulação do bico do seio, a importância da realização de exames, procurando oferecer apoio aos sentimentos de medo, angústias e fantasias bem como retirando as dúvidas desse processo de transição. Vale ressaltar que a consulta do enfermeiro, na atenção básica, é uma atividade legitimada pela lei do exercício profissional, Resolução COFEN Nº159/1993 (PEIXOTO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Para a investigação do perfil epidemiológico e as complicações em mulheres que apresentaram doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) optou-se pelo estudo descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa, no qual traduzem em números as informações para serem classificadas e analisadas permitindo resultados mais objetivos. Segundo Oliveira (2008).

Na pesquisa quantitativa, há uma ênfase nos dados empíricos (abordagem experimental), que são coletados sistematicamente, de modo rigoroso e estruturado, e analisado estatisticamente. As inferências são obtidas a partir das amostras e busca-se explicar objetivamente o fenômeno estudado. (OLIVEIRA, 2008, pág. 99).

O estudo descritivo fornece informações para políticas de saúde, apresenta as primeiras pistas de fatores determinantes de doenças e formula hipóteses. De acordo com Figueiredo (2008):

O estudo descritivo permite expor as características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (FIGUEIREDO, 2008, pág. 94).

Sendo assim, as variáveis estudadas mostram a realidade dos sujeitos ou objetos do estudo buscando delimitar e distinguir as características dos mesmos, entre elas, a faixa etária, sexo, grau de instrução, procedência, entre outras, ou seja, em amostras estatisticamente representativas. E como se constitui ainda, como uma pesquisa retrospectiva, foram colhidos dados sobre exposições ou doenças que ocorreram no passado, neste caso, por meio de um formulário que analisou a ocorrência de DHEG segundo variáveis sócio demográficas, ginecológicas e obstétricas.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), localizada no bairro do Umarizal na Rua Oliveira Belo 395, no município de Belém, capital do Estado do Pará, situado na Região Metropolitana de Belém. A FSCMPA é um Hospital público, sob a administração da Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de Outubro de 2004.

Entre as finalidades do órgão encontram-se a assistência, o ensino e a pesquisa, em consonância com o perfil assistencial na atenção a saúde da criança, à saúde da mulher, além da atenção a saúde do adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação em média e alta complexidade. Dessa forma, foi utilizada a revisão de prontuários de gestantes da enfermaria de alto risco obstétrico que deram a luz no período de 2010 a 2011, oriundas do município de Belém e outras localidades do Estado. Essa maternidade é referência no atendimento de gestantes de alto risco procedentes de todo o Estado do Pará, realizando inclusive em alguns casos, o atendimento de gestantes oriundas de outras localidades do Brasil.

4.3 Sujeitos do estudo / Amostragem

Mulheres que foram internadas na FSCMPA com diagnóstico de doença hipertensiva específica da gravidez, conforme a sintomatologia apresentada, no período de 2010 a 2011.

Critério de inclusão:

- prontuários de mulheres internadas na enfermaria de alto risco obstétrico, cujo diagnóstico definido é DHEG.
- mulheres que tiveram a realização de seus partos na FSCMPA.

Critério de exclusão:

- prontuários com informações insuficientes acerca das variáveis a serem analisadas.
- mulheres que obtiveram alta hospitalar por conta da estabilização do quadro clínico e não obtiveram a realização de seus partos na FSCMPA.
- pacientes admitidas durante o puerpério.

A seleção dos prontuários foi realizada pela autora por meio da consulta ao CID (Classificação Internacional de Doenças) correspondente a gestação de alto risco e eclampsia no banco de dados do setor de arquivo da Instituição. Encontrou-se 569 prontuários de gestantes que deram a luz no período de 2010 a 2011, deste total foram selecionados 471 prontuários e descartados 98, pois continham informações insuficientes acerca das variáveis estudadas e não contemplavam os critérios de inclusão, sendo portanto uma amostra intencional.

4.4 Técnica de coleta de dados

Como ferramenta para coleta de informações dos prontuários, foi utilizado um formulário elaborado pela autora que possibilitou a obtenção de dados objetivos, quantificando e organizando os dados investigados, sendo assim, foram transcritos a partir de

duas variáveis gerais a sócio econômica e ginecológica/obstétrica. Entre os itens *sócio demográficos* traçou-se: faixa etária, grau de instrução, estado civil, ocupação, procedência. Para os itens *ginecológicos e obstétricos* traçou-se: histórico familiar, antecedentes pessoais, início do acompanhamento pré - natal número de consultas, gestações anteriores e nível pressórico no momento da internação, perfazendo 11 categorias dentre as duas variáveis gerais.

Além disso, o *desfecho* dos casos também foi coletado, tanto o desfecho materno quanto o desfecho para os recém-nascidos (parto vaginal, parto cesáreo, óbito, co-morbididades, e desfecho sem co-morbididades, respectivamente). Na revisão de literatura foram utilizadas, como forma de sustentar os registros teóricos expostos, bem como fundamentar a análise e a discussão dos resultados, as seguintes fontes de pesquisa *on line*: LILACS, SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o portal CAPES.

Também foram consultados livros de obstetrícia e manuais do MS, do período de 1991 a 2012. Os artigos selecionados continham os seguintes aspectos relevantes para a pesquisa: a ocorrência de DHEG em gestantes tanto durante a assistência hospitalar quanto a assistência prestada as usuárias ao longo da realização do pré-natal na atenção básica em diferentes faixas etárias e localidades do país, principalmente com enfoque para a enfermagem,

Obteve-se nos resultados a caracterização dos sujeitos, a análise e descrição das categorias. É importante ressaltar que foi necessária a transcrição de informações pessoais dos prontuários, de modo que identificasse os sujeitos do estudo, porém os nomes e endereços não foram divulgados a fim de manter o sigilo e o anonimato dos mesmos, obedecendo a Resolução nº 196/96 do MS. A coleta foi realizada durante os meses de maio e junho de 2013.

4.5 Análise dos dados

Considerou - se gestantes com DHEG, aquelas cujo diagnóstico clínico foi relato no prontuário a partir da sintomatologia apresentada pela paciente no momento da classificação de risco no atendimento. Os dados foram tabulados e analisados a partir da estatística descritiva cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores.

Pode ser resumida nas seguintes etapas: definição do problema, planejamento, coleta de dados (crítica dos dados), apresentação dos dados (gráficos e tabelas), descrição dos dados [...] Em estatística descritiva teremos, portanto dois métodos que podem ser usados para a apresentação dos dados: métodos gráficos: (envolvendo

apresentação gráfica ou tabular) e métodos numéricos (envolvendo apresentações de medidas de posição e/ou dispersão) (FIGUEIREDO, 2009 pág. 102).

Os fatores de risco maternos avaliados para o desenvolvimento da DHEG foram: faixa etária materna, histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica ou DHEG, histórico familiar de gemelaridade ou diabetes e cardiopatias. Além do histórico pessoal de gestações anteriores com a ocorrência de DHEG, histórico pessoal de hipertensão arterial sistêmica, etilismo, tabagismo, obesidade, diabetes e aborto.

Analisaram-se ainda o desfecho da gestação atual e o desfecho no nascimento do recém-nascido; como desfecho para a gestação atual considerou-se o tipo de parto realizado e a ocorrência desse parto, se durante a primeira gestação ou em multigestas e se foi durante a adolescência ou em mulheres adultas, bem como o desfecho do nascimento dos RNs, se houve prematuridade ou óbito, e se a prematuridade ocorreu com primigestas adolescentes ou mulheres adultas.

Avaliaram-se também, os seguintes fatores sócio demográficos, categorizados em: idade materna (de 14 a 18 anos, de 19 a 24 anos, de 25 a 30 anos e de 31 ou mais anos), estado civil (solteira, casada e união estável), grau de instrução (ausência de ensino formal, alfabetizada, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo), ocupação (atividades do lar, estudante, assalariada, profissionais liberais e autônomas) e procedência (região metropolitana de Belém (RMB) e qual o principal município desta e interior do Estado e qual o principal município deste).

Para melhor quantificação da amostragem, foram apresentados isoladamente e em tabelas todos os municípios pertencentes a RMB, conforme a identificação encontrada nos prontuários, com relação as localidades que compõem o Marajó (Bagre, Curralinho, Breves, Salvaterra, Anajás, Melgaço, Portel, Gurupá, Afuá, Chaves, Ponta de Pedras, Muaná, Santa Cruz do Ariri, Cachoeira do Ararí, São Sebastião da Boa Vista e Soure), estas foram agrupadas conforme a sua localização e apresentados em tabela com a denominação Marajó.

Foi utilizado o programa Excel da plataforma Microsoft®, empregando a frequência absoluta e a frequência percentual. Sendo ordenados e evidenciados em tabelas e discutidos a partir da singularidade de cada variável em estudo, assim como em demais referências que abordem a temática, possibilitando a transformação dos dados em informações esclarecedoras e pertinentes ao objetivo da pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

O estudo, em observância às diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 1996), atendeu aos seguintes aspectos éticos: Sigilo e anonimato; sendo assim aos sujeitos foram assegurados sua privacidade quanto aos dados confidenciais coletados durante a pesquisa, Portanto, não trará riscos, uma vez que todas as informações coletadas foram tratadas de forma sigilosa no que diz respeito a identificação dos sujeitos da pesquisa.

Quanto aos Benefícios, após a realização da pesquisa os resultados poderão contribuir para a melhoria das condições de saúde oferecidas a população pesquisada. Com relação a propriedade intelectual dos dados de divulgação dos resultados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFPA, recebendo o parecer número 329.481.

E o Certificado de apreciação para apreciação ética (CAAE) correspondendo ao número 13852013.8.0000.0018 deste modo, está resguardada aos autores a propriedade intelectual das informações, bem como a divulgação pública no meio acadêmico e científico dos resultados obtidos pela pesquisa. Ressaltando ainda que, não houve fontes de financiamento externas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e descrição das informações coletadas por meio de consulta aos prontuários de gestantes que apresentaram DHEG renderam exatamente 471 prontuários. Ressaltando que grande parte dos registros apresentavam outras patologias obstétricas associadas ao quadro clínico específico da doença, porém não foi estudado uma vez que não excediam os objetivos da pesquisadora. Após a coleta de informações os dados foram organizados em tabelas apresentando a frequência absoluta (FA) e a frequência relativa (FR) de cada ano conforme as categorias das variáveis estudadas.

Delinear as informações sociodemográficas é fundamental, pois norteiam o planejamento da distribuição de bens e serviços e elaboração de políticas voltadas para o atendimento das demandas sociais com a determinação do público-alvo. Sendo assim, as políticas sociais que possivelmente possam ser implementadas irão ser relacionadas ao comportamento das necessidades deste público (GUIMARÃES, 2005).

5.1 Informações Sócio Demográficas:

A caracterização sócio demográfica ocorreu através da delimitação da faixa etária, estado civil, grau de instrução, ocupação e procedência. E para a procedência destacou-se qual o principal município de origem dessas gestantes.

TABELA 02. Idades por faixa etária de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Idade	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
13 a 18 anos	66	25, 38%	39	18, 48%
19 a 24 anos	84	32, 31%	73	34, 60%
25 a 30 anos	54	20, 77%	55	26, 07%
31 ou mais anos	56	21, 54%	44	20, 85%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

Os extremos de idades configuram fatores de risco importantes para o desenvolvimento da DHEG, gestantes muito jovens ou muito idosas, requerem maior cuidado durante a assistência pré-natal uma vez que o índice de morbidades nessas faixas etárias são elevados, sobretudo a partir dos 30 anos onde outro desencadeante, como por exemplo, doenças crônicas pré-existentes poderão facilitar a progressão e a gravidade da mesma. (AMARAL, 2011; ASSIS, 2008).

A Tabela 2 evidencia as idades por faixa etária de mulheres que apresentam doença hipertensiva específica da gravidez, sendo que a determinação inicial das faixas etárias a serem analisadas incluíam anteriormente idades de 10 a 30 anos ou mais, no entanto, estabelecemos o parâmetro de 13 a 30 anos ou mais, conforme as idades identificadas nos registros. A prevalência da DHEG foi para as idades reprodutivas correspondentes de 19 a 24 anos e representam 32, 31% para o ano de 2010 e 34, 60% para o ano de 2011.

A diferença foi de um acréscimo de 02, 29% para o ano de 2011, sendo que a média de idade é de 22 anos. Em segundo plano, mas também elevado, encontra-se o percentual de casos de gestantes adolescentes equivalendo a 25, 38% para o ano de 2010 e 18, 48% para o ano de 2011.

Reforçando as estatísticas da Região Norte que de acordo com o IBGE, as taxas de gravidez durante a adolescência ainda ocupam os primeiros lugares em comparação com as taxas de outras regiões do país, perdendo apenas para a Região Nordeste. Coincidindo com os registros apresentados pela literatura e que determinam preocupação ímpar referente ao

impacto da doença sobre a saúde da mulher adolescente. (GOLDENBERG, 2005; ARCANJO, 2007).

O percentual de 21, 54% para o ano de 2010 e 20, 85% para o ano de 2011 correspondendo à faixa etária de 31 anos ou mais. Torna-se imprescindível o monitoramento da gestante na faixa etária a partir do 30 anos já que a presença de hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes mellitus, obesidade e/ou outras complicações são mais frequentes neste público-alvo.

Outro agravante verificado durante a revisão dos prontuários foi a incidência de primigestas dentro desta faixa etária (30 anos ou mais), o que para Andrade (2005), facilitaria o desenvolvimento de complicações maternas principalmente a obesidade, representando maior risco a incidência de pré-eclampsia sobreposta a hipertensão arterial, dentre outras intercorrências. Complicações fetais e neonatais também são mais frequentes nesta faixa etária.

Enfatizando o que foi citado acima, durante a pesquisa foram identificadas algumas destas complicações entre elas: recém-nascidos com muito baixo peso, crescimento intrauterino restrito (CIUR), sofrimento fetal agudo, internação em UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) devido a prematuridade extrema, placenta prévia, pós-datismo, oligo e polidrâmnio, rotura prematura de membranas, parto cesáreo e trabalho de parto prematuro.

Haja vista que foram identificados nos prontuários, gestantes de 31 a 45 anos de idade, onde os casos de gestações múltiplas e multiparidade foram mais frequentes, além de outras complicações resultantes de um passado obstétrico ruim, entre elas: natimorto na primeira gestação e histórico de neonato pós-termo em outra gestação, além de DHEG e sofrimento fetal agudo.

Conforme Assunção (2005), os extremos de idade configuram ainda, altos índices de mortalidade materna por conta de maiores chances de complicações durante a gestação. Em suma, com relação aos percentuais de gravidezes em adolescentes houve diferença de 6, 09% nos índices para o ano de 2011, assim como na faixa etária de 31 anos ou mais, onde embora mínimo, também houve redução nos índices equivalendo a 0, 69%.

Sugerindo a partir da análise desses números que houve queda nos índices de ocorrência de natalidade nessas faixas etárias entre os anos de 2010 e 2011. Em contrapartida houve aumento da taxa de natalidade nas faixas etárias de 19 a 24 anos e de 25 a 30 anos correspondendo a 2, 29% e 0, 69% respectivamente.

TABELA 03. Estado Civil de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Estado Civil	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Solteira	148	58, 92%	112	53, 08%
Casada	54	20, 69%	39	18, 48%
União Estável	58	22, 22%	60	28, 44%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A Tabela 3 evidencia o estado civil de mulheres que apresentaram DHEG no Estado. A caracterização do estado civil dessas mulheres é necessária, pois a segurança de um relacionamento estável influenciará positivamente na maioria dos casos e diretamente no modo como a gestante cuidará do prosseguimento da gestação, poderá influenciar ainda, no aspecto emocional tendo ascendência sobre a aceitação desta condição perante a família, a sociedade e a si mesma. (ASSUNÇÃO, 2005).

O índice mais significativo observado na tabela foi o número de mulheres solteiras correspondendo a mais da metade do total de prontuários analisados para ambos os anos, o equivalente a 58, 92% para o ano de 2010 e 53, 08% para o ano de 2011, com diferença de 05, 84% no ano de 2010. Seguindo, pelo percentual de mulheres que possuem união estável conforme os registros encontrados nos prontuários, representado por 22, 22% para o ano de 2010 e 28, 44% para o ano de 2011.

Vale ressaltar que esta categoria da variável estado civil (união estável), era assinalada conforme as informações repassadas pela gestante no momento da realização dos registros de admissão da paciente na enfermaria de alto risco obstétrico.

Logo após, o percentual de registros de gestantes casadas correspondendo a 20, 69% para o ano de 2010 e 18, 48% para o ano de 2011. Sendo que, para o ano de 2010 em comparação ao ano de 2011, os registros de casos de mulheres solteiras foram maiores, sendo assim, este baixo registro para o ano de 2011 pode significar aumento, mesmo que seja discreto, de uniões de caráter estável (casada / união estável), favorecendo assim, o aspecto psicológico da gestante.

TABELA 04. Grau de Instrução de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Grau de Instrução	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Alfabetizada	14	11, 11%	10	4, 74%
Ensino Fundamental Incompleto	39	14, 94%	57	27, 01%
Ensino Fundamental Completo	24	9, 20%	09	4, 27%
Ensino Médio Incompleto	146	56, 15%	106	50, 24%
Ensino Médio Completo	29	5, 36%	18	8, 53%
Ensino Superior Incompleto	01	0, 38%	-	00
Ensino Superior Completo	07	2, 68%	09	4, 27%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A Tabela 4 é referente ao grau de instrução de mulheres que apresentam DHEG, no Estado. Moura (2010) afirma em sua pesquisa sobre os fatores de risco entre mulheres hospitalizadas que o baixo nível de escolaridade influencia diretamente no modo de como a gestante assimilará as informações e orientações repassadas durante o acompanhamento pré-natal.

Uma vez que na maioria das situações o baixo grau de instrução está diretamente ligado a questões financeiras e, portanto mais chances de desenvolverem a patologia devido a exposição a situações de estresse. Neste caso, a prevalência foi para o ensino médio incompleto, correspondendo a 56, 15% para o ano de 2010 e 50, 24% para o ano de 2011. Logo após, ensino fundamental incompleto equivalendo a 14, 93% para o ano de 2010 e 27, 01% para o ano de 2011. (ASSUNÇÃO, 2005).

A formação completa no ensino médio foi verificada em 5, 36% dos registros para o ano de 2010 e 8, 53% para o ano de 2011. O ensino fundamental completo foi identificado em 9, 20% dos registros para o ano de 2010 e 4, 27% para o ano de 2011.

É notória a diferença de 4, 93% de queda na formação do ensino fundamental completo para o ano de 2011, esses dados sugerem que houve aumento no nível de escolaridade, visto que, com relação ao ensino médio completo observa-se ascensão de 3, 17% para o ano de 2011, ratificando a pesquisa do CENSO demográfico de 2010, realizada pelo IBGE, que mostrou aumento nos anos de estudo das mulheres quando comparado os anos de estudo dos homens.

TABELA 05. Ocupação de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Ocupação	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Assalariada	104	45, 00%	17	8, 05%
Atividades do Lar	117	56, 91%	150	71, 09%
Autônoma	13	3, 59%	03	1, 42%
Estudante	19	5, 25%	32	15, 16%
Profissionais Liberais	07	2, 69%	09	4, 26%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A Tabela 5 aponta a ocupação de mulheres que apresentaram DHEG, no Estado. Os índices revelam em ambos os anos a prevalência de ocupação com atividades do lar, correspondendo a 56, 91% para o ano de 2010 e 71, 09% para o ano de 2011, estes dados podem significar, teoricamente, que essa parcela da população disporia de mais tempo para se dedicar aos cuidados da gestação, já que os serviços são oferecidos próximos a sua residência.

Ou seja, a assistência pré-natal a esse grupo seria completa no que tange a cobertura de consultas e consequente os possíveis riscos de desenvolverem uma gestação complicada estaria reduzido. Esta categoria de variável sócio-demográfico, se sobressai também em outras pesquisas que tratam do tema e em pesquisas que traçam o perfil clínico de gestantes com o quadro clínico sugestivo de DHEG. (OLIVEIRA, 2009; RIGOL, 2001).

Como por exemplo, o que foi citado por Moura (2010) em sua pesquisa sobre fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia, onde mulheres com condições sócio-econômicas desfavoráveis se mostraram mais susceptíveis ao desenvolvimento da doença, uma vez que o fator desemprego estava associado e a prevalência de ocupação com atividades domésticas reduzem as chances de complementação da renda familiar.

Outra categoria é a de mulheres que exercem atividades remuneradas, equivalendo a 45, 00% para o ano de 2010 e 8, 05% para o ano de 2011, é notório que o percentual de registros de mulheres assalariadas é maior para o ano de 2010, sugerindo que este índice representa menor percentual de famílias chefiadas exclusivamente por mulheres, uma vez que a prevalência da faixa etária para esta variável foi de 25 a 30 anos, ou ainda, que devido assumirem a gestação sozinha, sem o apoio do parceiro, acabam arcando com as responsabilidades financeiras sobre a criança.

A terceira categoria de variáveis refere-se ao índice de registros de estudantes que apresentaram a patologia em questão, vale ressaltar que para este percentual prevaleceu na maioria dos casos a faixa etária de 13 a 18 anos de idade, de acordo com os dados encontrados nos prontuários.

TABELA 06. Procedência de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Procedência	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
RMB	152	58, 46%	124	58, 77%
Interior do Estado	108	41, 54%	87	41, 23%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A procedência de mulheres que apresentaram DHEG, no Estado, está representada na Tabela 6, onde prevalece a Região Metropolitana de Belém (RMB) em ambos os anos, como principal localidade de origem das gestantes, em detrimento dos vários municípios do interior do Estado, correspondendo a um percentual de 58, 46% para o ano de 2010 e 58, 77% para o ano de 2011.

A RMB é uma conurbação, ou seja, uma junção de várias cidades somando aproximadamente, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2010), 2.141.618 habitantes, e compreende os municípios de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba, Mosqueiro, Outeiro, Ilhas próximas aos arredores de Belém nas proximidades da Baía do Guajará, além dos municípios de Santa Isabel do Pará e Santa Bárbara do Pará. E como predominou os registros de gestantes provenientes da RMB, este dado pressupõe que os serviços de atenção à saúde do setor primário são pouco eficientes para suprir as necessidades da demanda local, no sentido de identificar e prevenir complicações gestacionais. (ASSUNÇÃO, 2005).

Visto que durante a assistência pré-natal quando identificados sinais e sintomas clínicos sugestivos de complicação, as orientações são repassadas no sentido de prevenir problemas graves e se necessário as gestantes são referenciadas à FSCMPA para realizarem acompanhamento especializado. No entanto, observamos que as gestantes no momento da internação são atendidas apresentando quadro clínico grave, onde na maioria dos casos os sinais e sintomas poderiam ser amenizados, por exemplo, a partir do controle dos níveis pressóricos e cuidados com a alimentação.

O predomínio da população oriunda da RMB, também é justificado pelo fato de comportar maior número de habitantes. A Tabela evidencia ainda, que houve mais internações de gestantes provenientes do interior do Estado no ano de 2010, quando comparado ao percentual apresentado no ano de 2011, esses índices correspondem respectivamente a 41, 54% e 41, 23%.

Além disso, vale ressaltar que boa parte dos registros com relação ao predomínio da procedência para esta localidade pode ser explicado devido ao sub-registro, ou seja, alguns são registrados como habitantes desta área por apresentarem documentação comprobatória de residência fixa na RMB, porém esses documentos seriam de familiares que residem na Capital ou as demais áreas da RMB.

TABELA 07. Principais Municípios da RMB, procedência de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Municípios da RMB	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Ananindeua	35	23, 02%	34	27, 42%
Belém	100	65, 78%	75	60, 48%
Benevides	04	2, 63%	07	5, 65%
Marituba	04	2, 63%	05	4, 03%
Santa Isabel do Pará	07	4, 60%	02	2,30%
Mosqueiro	01	0, 65%	01	0, 81%
Ilhas / Belém	01	0, 65%	00	00
Total	152	100, 00%	124	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

Com relação a localidade de origem das gestantes, a Tabela 7 mostra os principais Municípios da RMB. Houve prevalência para o município de Belém, no ano de 2010 o percentual foi de 65,78% e para o ano de 2011 é de 60,48%. De acordo com o IBGE (2010), o município de Belém possui 1.393,399 habitantes, dos quais cerca de 99,10% residem em áreas urbanas e 0,90% residem em áreas rurais, deste percentual, 52,70% são do sexo feminino. (ASSUNÇÃO, 2005; OLIVEIRA 2009; FLORES, 2011).

Em segundo lugar, o município de Ananindeua apresentou para ao ano de 2010 23, 02% e para o ano de 2011 27,42%. Benevides e Marituba somam 5,26 %, cada um exatamente com 2,63% dos casos registrados para o ano de 2010, e para o ano de 2011 somam 9,68%, cada um com respectivamente 5, 65% e 4, 03%. Mosqueiro e Ilhas ao redor de

Belém somam 1, 30% dos registros, cada um apresentou 0, 65% para o ano de 2010, e para o ano de 2011 Mosqueiro apresentou 0, 81% dos casos.

TABELA 08. Principais Municípios do interior do Estado, procedência de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Municípios do Interior do Estado	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Abaetetuba	08	7, 55%	04	4, 60%
Acará	02	1, 89%	-	00
Aurora do Pará	02	1, 89%	-	00
Barcarena	09	8, 49%	06	6, 90%
Bujarú	-	00	03	3, 45%
Cametá	02	1, 89%	-	00
Capanema	02	1, 89%	07	8, 05%
Capitão Poço	-	00	04	4, 60%
Castanhal	05	4, 72%	07	8, 05%
Conceição do Pará	04	3, 77%	-	00
Curuçá	02	1, 89%	-	00
Igarapé Miri	04	3, 77%	03	3, 45%
Marajó	10	9, 44%	12	13, 80%
Ipixuna do Pará	03	2, 83%	-	00
Irituia	-	00	04	4, 60%
Limoeiro do Ajurú	02	1, 89%	-	00
Mãe do Rio	04	3, 77%	03	3, 45%
Mojú	06	5, 66%	10	11, 49%
Nova Esperança do Pará	03	2, 83%	-	00
Parauapebas	02	1, 89%	-	00
Paragominas	-	00	03	3, 45%
Salinas	03	2, 83%	02	2, 30%
São Domingos do Capim	03	2, 83%	-	00
São Miguel do Pará	02	1, 89%	-	00
Tailândia	-	00	07	8, 05%
Vigia	02	1, 89%	-	00
Viseu	02	1, 89%	-	00
Demais localidades do Estado	17	16, 04%	12	13, 79%
Total	106	100, 00%	87	100,00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A FSCMPA é referência para todo o Estado no atendimento a gestantes com alto risco obstétrico que são encaminhadas de sua localidade de origem para o atendimento de média ou alta complexidade. Todo o Estado possui 144 municípios distribuídos em seis mesoregões

(Baixo Amazonas, Marajó, Metropolitana de Belém, Nordeste, Sudeste e Sudoeste paraense). (CENSO, 2010).

Houve predomínio para a messorregião do Marajó em ambos os anos pesquisados, perfazendo um total de 23, 24% e correspondendo a 9, 44% para o ano de 2010 e 13, 80% para o ano de 2011, observa-se um aumento na ocorrência dos casos, de 4, 36% para o ano de 2011. Em segundo lugar, o município de Mojú registrou 5, 66% para o ano de 2010 e 11, 49% para o ano de 2011 e iguais aos registros encontrados para a Ilha de Marajó, Mojú também revelou um aumento na ocorrência dos casos para o ano de 2011, equivalendo 5, 83%.

O município de Barcarena registrou 8, 49% para o ano de 2010 e 6, 90 para o ano de 2011, revelando um decréscimo de 1, 59% para o ano de 2011. Logo em seguida, Castanhal com 4, 72% para o ano de 2010 e 8, 05% para o ano de 2011, esses índices mostram aumento das ocorrências em 3, 33% para o ano de 2011.

Abaetetuba registrou para o ano de 2010 o equivalente a 7, 55% dos casos e 4, 60% para o ano de 2011, mostrando que houve redução de 2, 95% nas ocorrências de gestações de risco com desenvolvimento de DHEG para o ano de 2011. O restante dos municípios apresentou menos de 4 % de participação.

Outras informações contidas na tabela referentes aos demais municípios do Estado, e como alguns apresentaram apenas um caso, estes foram agrupados e classificados como *demais localidades do Estado* e juntos somam 16, 04% para o ano de 2010 e 13, 79% para o ano de 2011. Assim, justificado pela distancia entre as localidades, as messorregiões Nordeste e Sudeste paraense, bem como o Marajó e a Metropolitana de Belém são os lugares que mais encaminham mulheres com gestação de alto risco, devido a proximidade com a FSCMPA.

5.2 Informações ginecológicas e obstétricas:

E com relação às informações ginecológicas e obstétricas os antecedentes pessoais, histórico familiar, nível pressórico no momento da internação, quantidade de consultas pré-natais, os desfechos maternos e neonatais foram os mais relevantes, visto que a ocorrência de partos cesáreos com grande constância e prematuridades na primeira gestação requerem atenção especial na discussão dos casos, comparando as frequências absoluta e relativa para cada variável.

TABELA 09. Histórico de doenças na família de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Histórico Familiar	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
DHEG + Gemelaridade + HAS	01	0, 38%	01	0, 47%
HAS	75	28, 84%	45	21, 33%
DM	38	14, 61%	21	9, 95%
HAS + DM	20	7, 69%	38	18, 01%
Gemelaridade	-	00	12	5, 69%
Cardiopatía	01	0, 38%	06	2, 84%
HAS + DM + Cardiopatía	11	4, 23%	12	5, 69%
DM + Cardiopatía	01	0, 38%	10	4, 74%
HAS + Gemelaridade	01	0, 38%	06	2, 84%
DHEG + HAS	05	1, 92%	03	1, 42%
Gemelaridade + HAS + DM	03	1, 15%	03	1, 42%
HAS + DM + Cardiopatía + Gemelaridade	01	0, 38%	03	1, 42%
HAS + DM + Obesidade + Cardiopatía	01	0, 38%	01	0, 47%
Cardiopatía + HAS	07	2, 69%	04	1, 90%
DM + Gemelaridade	01	0, 38%	01	0, 47%
Não há fatores	94	36, 15%	45	21, 33%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A Tabela 9 mostra o histórico de doenças na família de mulheres que apresentaram DHEG, observa-se a prevalência de registros para “não há fatores” equivalendo a 36,15% para o ano de 2010 e 21,33% para o ano de 2011, esses índices sugerem que parte das gestantes não possuíam qualquer antecedente familiar que favorecesse o desenvolvimento da patologia, sendo assim, pressupõem-se que esses dados pertencem a primigestas, uma vez que a própria condição de nuliparidade já é um fator predisponente para a doença.

Pode sugerir ainda, que as mesmas desconheciam seus antecedentes familiares, pois para esta variável, os registros nos prontuários eram assinalados como “não há” ou “desconhecem”. Os casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram identificados em ambos os anos, correspondendo a 28,84% para o ano de 2010 e 21, 33% para o ano de 2011.

Logo após, os índices de histórico familiar para diabetes mellitus (DM) correspondendo a 14, 61% para o ano de 2010 e 9, 95% para o ano de 2011. Casos de duas doenças crônicas, simultaneamente, HAS e DM foram encontrados nos registros para o ano de 2010 correspondendo a 7, 69%, e 18, 01% para o ano de 2011. Os casos de DM, HAS e cardiopatias associados, corresponderam a 4, 23% para o ano de 2010 e 5, 69% para o ano de 2011.

Amaral (2011) e Assis (2008) apresentaram em suas pesquisas que um dos principais fatores que facilitam o desenvolvimento da DHEG, é os casos que envolvem antecedentes

familiares de DHEG e HAS, neste caso, estes dois fatores associados representam risco altíssimo, e foram encontrados nos registros de 1,92% dos casos para o ano de 2010 e 1,42% para o ano de 2011. Ressaltando ainda, que embora os índices se mostrem discretos para este caso quando comparado aos outros números já discutidos aqui, os valores dos níveis pressóricos para esta parcela foram um dos mais alarmantes.

Outros fatores considerados de risco, identificados nos prontuários, embora favoreçam os índices de complicações, tiveram de 4% de participação, no entanto, não isenta a vigilância quanto aos cuidados necessários durante a assistência pré-natal, pois como mostra a tabela, esses fatores sempre aparecem associados a outras complicações.

TABELA 10. Antecedentes Pessoais de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Antecedentes Pessoais	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Não há fatores	119	45, 76%	70	33, 17%
HAS	23	10, 90%	27	12, 79%
DHEG	26	10%	21	9, 95%
Etilismo	18	6, 92%	22	10, 42%
Aborto	17	6, 53%	31	14, 69%
HAS + DM	10	3, 84%	05	2, 36%
Etilismo + Tabagismo	12	4, 61%	09	4, 26%
Obesidade	06	2, 30%	02	0, 94%
DHEG + HAS	07	2, 69%	03	1, 42%
HAS + Etilismo	05	1, 92%	02	0, 94%
DM + Etilismo + Tabagismo	01	0, 38%	03	1, 42%
DM	05	1, 92%	06	2, 84%
HAS + DM + Obesidade	02	0, 76%	01	0, 47%
HAS + DM + Etilismo	02	0, 76%	02	0, 94%
DHEG + DM	02	0, 76%	-	00
Tabagismo	05	1, 92%	03	1, 42%
Natimorto	-	00	04	1, 89%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

Os antecedentes pessoais, principalmente os fatores que retratam o passado obstétrico dos sujeitos da pesquisa configuram importantes fatores de risco para o desenvolvimento da DHEG. A Tabela 10 aponta o histórico de antecedentes pessoais de mulheres que apresentaram DHEG, no Estado. Houve prevalência para os casos onde não havia quaisquer fatores que influenciassem no surgimento da doença, correspondendo a 45, 76% para o ano de 2010 e 33, 17% para o ano de 2011.

Esses números sugerem que esses dados são de primíparas, e esta condição já é um fator propício para o desenvolvimento da doença devido ao estresse fisiológico no qual sofre o organismo para se adaptar a esta nova condição, a gestação. Em seguida, os índices percentuais que correspondem aos registros de DHEG em gestações anteriores equivalem a 10% para o ano de 2010 e 9,95% para o ano de 2011.

Outro antecedente bastante significativo no desenvolvimento da doença é a HAS e neste caso, se mostrou em 10,90% para o ano de 2010 e 12,79% para o ano de 2011, observa-se aumento de 1,89% na incidência da doença para o ano de 2011. O aborto foi muito frequente na análise dos prontuários de adolescentes, algumas vezes registros de até 5 abortos realizados por uma mesma adolescente, antes mesmo de completar 16 anos de idade, e para o ano de 2010 os índices de aborto corresponderam a 6,53% dos casos e 15% para o ano de 2011, um aumento de 8,47% na incidência para o ano de 2011.

O hábito do etilismo foi encontrado em 6,92% dos registros para o ano de 2010 e 10,42% para o ano de 2011. Assim como, o hábito do etilismo associado ao tabagismo que correspondeu a 4,61% dos casos para o ano de 2010 e 4,31% para o ano de 2011. Segundo a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), o tabagismo representa um dos maiores riscos para o desenvolvimento de patologias ligadas ao coração e os vasos sanguíneos, pois a nicotina causa a arteriosclerose além da aceleração da frequência cardíaca e consequentemente o aumento da pressão arterial.

O uso excessivo de álcool também está relacionado ao aumento da pressão arterial. E neste sentido, observa-se que esses hábitos são frequentes entre os sujeitos da pesquisa, e quando não aparecem isolados, estão associados a outros fatores de risco como as doenças crônicas, tornando mais fácil a ocorrência da patologia. (AMARAL, 2011).

A associação de doenças crônicas com o histórico pessoal de DHEG, embora sejam índices pequenos ocasionam os níveis pressóricos mais elevados. E corresponderam a 2,69% para o ano de 2010 e 1,44% para o ano de 2011. Índices menores, porém não insignificantes demonstram novamente a associação de vários fatores influenciadores no desenvolvimento da doença. Esses índices foram frequentes na faixa etária de 30 anos ou mais, onde outras complicações fetais também estavam associadas entre elas, o sofrimento fetal agudo e o início tardio do acompanhamento pré-natal.

Haja vista que em alguns casos, para esta faixa etária, essas mulheres já estavam na segunda ou mais gestações, podendo sugerir, em suas concepções, que como as outras gestações foram tranquilas a atual gestação também seria, sendo assim, não haveria tanta necessidade em realizar o acompanhamento pré-natal, a não ser quando estivesse próximo de

parir. Houve ainda, somente para o ano de 2011 registros de natimortos equivalendo a 1, 89% dos casos.

TABELA 11. Período de início do Acompanhamento pré – natal de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Início do acompanhamento pré-natal	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
1º Trimestre	119	45, 77%	105	49, 76%
2º Trimestre	59	22, 69%	67	31, 75%
3º Trimestre	07	2, 69%	17	8, 06%
Não Realizou	75	28, 85%	22	10, 43%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

O período pelo qual é iniciado o pré-natal é fundamental e influenciará diretamente na qualidade da assistência, uma vez que o acompanhamento contínuo é essencial para criar vínculo com a gestante, no sentido de que esta não se torne faltosa, siga todas as recomendações repassadas durante a consulta e saiba identificar possíveis intercorrências com a sua saúde que influenciarão no desenvolvimento saudável da gestação. É importante também para a realização de exames indicados ao período gestacional correspondente, que irão detectar em tempo hábil quaisquer indícios de anormalidade tanto para o feto quanto para a mãe. (BRASIL, 2006).

A Tabela 11 mostra o período de início do acompanhamento pré - natal de mulheres que apresentaram DHEG, a prevalência foi para o primeiro trimestre gestacional, que equivale a 13 semanas aproximadamente, e correspondeu a 22, 69% para o ano de 2010 e 31, 75% para o ano de 2011, observa-se um aumento de 9, 06% na realização do pré-natal no primeiro trimestre para o ano de 2011.

Logo após, os índices correspondentes ao início no segundo trimestre, que se situa da 14ª semana gestacional até a 26ª semana aproximadamente, os índices mostraram 22, 69% para o ano de 2010 e 31, 75% para o ano de 2011. Os valores correspondentes ao início do acompanhamento no terceiro trimestre, que se situa da 27ª semana até o período do parto, equivalem a 2, 69% para o ano de 2010 e 8, 06% para o ano de 2011.

Analizando esses percentuais verifica-se que houve mais inícios tardios na assistência pré-natal no ano de 2011, que somando os valores de início no segundo trimestre e terceiro trimestre equivalem a um aumento de 84, 00%. São notórios ainda, os registros encontrados

de gestantes que não realizaram a assistência pré-natal, os valores correspondem a 28, 85% para o ano de 2010 e 10, 43% para o ano de 2011.

TABELA 12. Número de Consultas de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Número de Consultas	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Nenhuma	38	14, 61%	22	10, 42%
Até 03	20	7, 69%	13	6, 16%
4 a 6	110	42, 30%	104	49, 28%
7 a 9	57	21, 92%	56	26, 54%
10 ou mais	35	13, 46%	16	7, 58%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A quantidade de consultas é um dado essencial para a análise da assistência prestada as gestantes, pois o acompanhamento visa monitorar a evolução da gestação com o objetivo de prevenir intercorrências e detectar alterações que prejudiquem o decorrer saudável da mesma. O MS recomenda que uma consulta mensal é suficiente antes de completar 32 semanas. E a partir daí, o acompanhamento pré-natal deve ser quinzenal até a 36ª semana gestacional, e partir da 37ª a assistência torna-se semanal. (BRASIL, 2012).

Sendo que, a OMS recomenda um acompanhamento pré-natal com pelo menos seis consultas. A Tabela 12 ilustra o número de consultas das mulheres que apresentaram DHEG, no Estado do Pará, prevaleceu em ambos os anos os índices de 4 a 6 consultas, correspondendo a 42, 30% para o ano de 2010 e 49, 28% para o ano de 2011. Entre os anos de 2010 e 2011 houve acréscimo de 6, 98% para o ano de 2011.

Em segundo lugar, os percentuais de mulheres que realizaram de 7 a 9 consultas equivalendo a 20, 39% para o ano de 2010 e 26, 54% para o ano de 2011, evidenciando, assim como nos casos de mulheres que realizaram até seis consultas, que também houve um acréscimo para o ano de 2011 e neste caso equivale a 6, 15% de aumento. Esses percentuais sugerem que a cobertura da assistência pré-natal tem melhorado razoavelmente, embora a cobertura ainda não atinja números ideais.

Os registros que mostraram a não realização de consultas pré-natal correspondem a 14, 61% para o ano de 2010 e 10, 42% para o ano de 2011. Vale ressaltar ainda que, um total de 25, 03%, somatória que equivale aos índices de 2010 e 2011, não realizaram quaisquer tipo de consulta durante o período gestacional e embora esses dados sejam alarmantes, observa-se

uma diminuição de 4, 19% para o ano de 2011 sugerindo que houve maior procura pela assistência pré-natal.

TABELA 13. Número de Gestações de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Número de Gestações	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Uma	162	62, 30%	115	54, 50%
Duas	48	18, 46%	50	23, 69%
Três	25	9, 61%	24	11, 37%
Mais de Três	25	9, 61%	22	10, 42%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

Primigestas configuram a maior parcela acometida por DHEG, daí, a quantidade de gestações é fator de risco importante para a ocorrência e reincidência da doença. A Tabela 13 mostra o número de gestações de mulheres que apresentaram DHEG, no Estado do Pará. A análise mostrou a prevalência em primigestas correspondendo a 62, 30% para o ano de 2010 e 54, 50% para o ano de 2011. Esses índices reiteram os dados da literatura, pois a maior incidência do problema ocorre principalmente com primigestas.

Já as secundigestas corresponderam a um percentual de 18, 46% para o ano de 2010 e 23, 69% para o ano de 2011, sugerindo que ocorreu reincidência para aquelas que já haviam apresentado o problema em uma gestação anterior, ou ainda, que haveriam outras patologias associadas, pois antecedentes pessoais de pré-eclampsia é um considerável fator de risco, assim como doenças crônicas pré-existentes, uma vez que favorecem o desenvolvimento da mesma em uma próxima gestação.

A ocorrência do problema em tercigestas e multigestas, identificado na Tabela, podem estar associado a outras condições prejudiciais como idade materna avançada, doenças crônicas pré-existentes, entre elas HAS e DM, assim como a obesidade ou até mesmo hábitos nocivos à saúde como etilismo e tabagismo. Já que foram encontrados dados referentes ao uso de medicação anti-hipertensiva, como a Metildopa[®], durante a gestação.

E ainda com relação a esta variável grande parte dos registros encontrados na evolução do profissional que realizou a admissão da paciente, foi comum verificar, no caso de secundigestas ou multigestas. Gestações com pais diferentes que de acordo com Montenegro (2008), também representa um fator de risco para o desenvolvimento da doença, já que o organismo feminino entraria em contato com células seminíferas diferentes e isto geraria

alterações fisiológicas na formação e implantação da placenta e isso favoreceria as alterações dos níveis pressóricos.

Neste sentido, o enfermeiro é fundamental para conscientizar e sensibilizar a gestante para a adesão ao tratamento e a maior cobertura de consultas pré-natal, devendo abordá-la de maneira simples e direta sobre a doença e principalmente orientá-la quanto aos cuidados que ela deverá ter para contribuir com a melhora dos sinais e sintomas e/ou prevenir intercorrências. (CRUZ, 2009).

TABELA 14. Nível pressórico no momento da internação de mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

PA (mmhg) no momento da internação	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Menor que 140 x 90 mmhg	11	4, 23%	15	7, 10%
Igual a 140 x 90 mmhg	51	19, 61%	21	9, 95%
Maior que 140 x 90 mmhg	198	76, 15%	175	82, 93%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A instalação de níveis pressóricos elevados requer a internação hospitalar, ressaltando que o principal agravante para que haja complicações maternas e/ou fetais é uma pressão arterial diastólica além de 110 mmhg, sendo assim, a utilização de hipotensores ainda durante o pré-natal deverá ser a conduta de escolha quando verificado níveis pressóricos elevados, com o intuito de prevenir complicações, caso contrário, para um monitoramento das condições clínicas ideais até o momento do parto a internação hospitalar é essencial. (SCHUPP, 2006).

Segundo Neme (2005), A presença de pressão arterial diastólica de 90 mmhg ou mais, em duas aferições com intervalo de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110 mmhg em uma única medida caracteriza a hipertensão arterial. Portanto, a avaliação do nível pressórico é fundamental para classificar o tipo de síndrome hipertensiva, bem como a conduta mais favorável as condições clínicas daquela paciente, já que uma pressão diastólica muito elevada é um critério para se determinar a internação imediata da gestante ou ate mesmo um parto cesáreo de urgência.

A Tabela 14 mostra o nível pressórico no momento da internação em milímetros de mercúrio (mmHg) de mulheres que apresentaram DHEG no Estado, houve prevalência para aquelas que atingiram níveis maiores que 140 x 90 mmhg correspondendo a 76,15% para o

ano de 2010 e 82, 93% para o ano de 2011. Durante a coleta foram identificados registros de níveis tensionais pressóricos de 130 x 80 mmHg até 260 x 160 mmHg, prevalecendo à pressão diastólica como o nível tensional mais elevado em todos os registros. Houve ainda, níveis pressóricos iguais a 140 x 90 mmHg correspondendo a 19, 61% para o ano de 2010 e 9, 95% para o ano de 2011.

Foi comum a ocorrência de episódios de convulsões, além de epigastralgia, escotomas, cefaleias holocranianas e náuseas, entre as principais queixas identificadas nos registros, assim como, alterações nos membros inferiores (edema) e até mesmo anasarca. Sendo que, grande parte das gestantes que apresentaram níveis pressóricos abaixo de 140 x 90 mmHg eram adolescentes. E grande parte dessas gestantes apresentaram HAS já no terceiro trimestre gestacional.

TABELA 15. Desfecho materno para as mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Desfecho Materno	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Parto vaginal 1ª gestação em adolescente	08	3, 56%	08	3, 79%
Parto vaginal 1ª gestação	17	7, 56%	15	7, 11%
Parto vaginal mais de uma gestação	13	5, 78%	14	6, 64%
Parto Cesáreo 1º gestação em adolescente	38	16, 89%	29	13, 74%
Parto Cesáreo 1ª gestação	118	36, 89%	110	52, 13%
Parto Cesáreo mais de uma gestação em adolescente	02	0, 89%	04	1, 90%
Parto Cesáreo mais de uma gestação	64	28, 44%	31	14, 69%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

Com relação ao desfecho dessas gestações procurou-se analisar e quantificar a ocorrência do tipo de parto no qual é realizado nessas situações de pré-eclampsia. A Tabela 15 mostra o desfecho materno dividido em parto vaginal e parto cesáreo. Prevaleceu em ambos os anos, condutas de parto cesáreo na 1ª gestação de mulheres adultas correspondendo a 36, 89% para o ano de 2010 e 52, 13% para o ano de 2011. Corroborando um estudo desenvolvido por Metello (2008) que apontou elevado índice de partos cesáreos como primeira conduta, no caso desta patologia.

Em segundo lugar ficou a realização também de partos cesáreos, porém com secundigestas ou multigestas, correspondendo a 28, 44% para o ano de 2010 e 14, 69% para o

ano de 2011. Vale ressaltar que, a conduta da maternidade para as situações de emergência em gestantes com pré-eclampsia é a realização do parto cesáreo visando o bem estar da mãe e do recém-nascido, e dependendo do quadro clínico apresentado, é de praxe proceder à internação da mesma objetivando a estabilização dos sintomas ou a diminuição de complicações.

Logo após observa-se os índices de parto cesáreo em adolescentes na primeira gestação, correspondendo a 16, 89% para o ano de 2010 e 13, 74 para o ano de 2011. Em análise de outros estudos com a mesma temática e a mesma abordagem, a ocorrência de partos cesarianos também se sobressaiu em relação ao parto vaginal. Parto vaginal em mulheres adultas ainda na primeira gestação ficou em torno de 7, 56% para o ano de 2010 e 7, 11% para o ano de 2011.

TABELA 16. Principais co-morbidades fetais evidenciadas como desfecho da gestação em mulheres que apresentaram DHEG, atendidas pela FSCMPA, no período de 2010 a 2011.

Co-morbidades fetais	2010		2011	
	FA	FR	FA	FR
Óbito	-	00	04	1, 89%
Prematuridade 1ª gestação em adolescentes	18	6, 92%	18	8, 53%
Prematuridade 1ª gestação	52	20%	38	18, 01%
Prematuridade mais de uma gestação	25	9, 61%	13	6, 16%
Sem comorbidades	165	63, 46%	138	65, 40%
Total	260	100, 00%	211	100, 00%

Fonte: FSCMPA, 2010 e 2011.

A Tabela 16 evidencia as principais co-morbidades ocasionadas por gestações complicadas por DHEG. No entanto, é notório que o índice de recém-nascidos que nasceram sem comorbidades é prevalente correspondendo a 63, 46% para o ano de 2010 e 65, 40% para o ano de 2011. Em contrapartida, o índice de prematuridade na primeira gestação correspondeu a 20% para o ano de 2010 e 18, 01% para o ano de 2011.

E por mais que o número de nascimentos de recém-nascidos sem qualquer complicação seja promissor, a discussão quanto ao índice de mortalidade é importante, pois já ocorreram outros fatos semelhantes no ano de 2008. E sempre retoma a discussão da qualidade da assistência pré-natal no Estado, uma vez que a realização de um bom pré-natal garante o desenvolvimento de uma gestação saudável e/ou com baixas intercorrências. (DIÁRIO DO PARÁ, 6 / 2013).

Matéria divulgada recentemente pelos jornais escritos da Capital reforça que o investimento em uma atenção primária em saúde é fundamental, porém não depende exclusivamente do Estado: *“O pré-natal realizado em Belém foi considerado pelo Secretário de Estado de saúde pública, Helio Franco, o pior do Estado. “Eu não discordo”, destacou Loureiro. Ele ressalta que o pré-natal precisa de duas condições básicas para ser eficiente: a disponibilidade da gestão e da mãe. O vereador acredita que a atenção à saúde básica é a ferramenta que deve ser trabalhada para evitar que novos casos de mortes de recém-nascidos se repitam.”*. (DIÁRIO DO PARÁ, 6 / 2013).

Os casos de prematuridade em gestações de secundíparas ou múltiparas é representado pela variável *prematuridade mais de uma gestação* e correspondeu a 9, 61% para o ano de 2010 e 6, 16% para o ano de 2011, fato este que deveria ter apresentado um índice bem menor, haja vista que, teoricamente, essas mulheres conhecem melhor as dificuldades, as intercorrências e os cuidados mínimos necessários a serem implementados, pois já vivenciaram essa experiência. Em alguns casos, observamos o registro de nascimento de recém-nascidos com muito baixo peso, não atingindo se quer 1000 gramas de peso.

8 CONCLUSÃO

A análise do estudo permitiu inferir que a taxa reprodutiva da mulher paraense ocorre principalmente dos 19 aos 24 anos de idade. E que muitas deixam de completar a sua formação escolar em prol da gestação, pois neste estudo, prevaleceu o ensino médio incompleto. E embora uma pesquisa do IBGE (2010) tenha revelado que as mulheres possuem mais escolaridade que os homens, há prevalência da mulher desta faixa etária no mercado de trabalho em subempregos e consequentemente com remunerações baixas. A pesquisa mostrou ainda, que grande parte leva a gestação adiante sem o apoio de uma relação estável, já que o índice de mulheres solteiras foi superior.

Outra informação relevante destacada na pesquisa mostra que a maioria dos atendimentos realizados pela FSCMPA é de gestantes oriundas da RMB, revelando que ocorrem muitos casos de gestações com alto risco obstétrico ocasionado pela DHEG, fato este, um tanto contraditório visto que os serviços de assistência pré-natal são oferecidos em todos os bairros dessa região inclusive nas periferias.

Na verdade deveriam ocorrer baixos índices de gestações de risco, pois as evidências clínicas quando identificadas precocemente podem ser controladas a fim de evitar que a gestação evolua com intercorrências. Portanto, a priori essas gestantes teriam maior facilidade

ao acesso desses serviços, ou talvez o problema vivenciado não seja por conta do acesso, mas sim devido a baixa qualidade ou a ineficiência do atendimento na atenção básica da Capital.

Sendo que o município de Belém foi a principal localidade identificada. Entretanto, alguns municípios do interior do Estado apresentaram índices consideráveis de gestantes referenciadas à FSCMPA, com destaque para a região do Marajó, Mojú, Barcarena e Abaetetuba, todos com exceção do Marajó estão situados na Região Nordeste do Estado.

Com relação as informações ginecológicas e obstétricas o histórico familiar influencia consideravelmente no desenvolvimento da doença, no entanto a pesquisa mostrou que a maioria das gestantes não possuíam qualquer antecedente familiar, e apesar disso, foi elevada a incidência de doenças crônicas principalmente HAS associado a outras patologias. Esses dados mostram que a HAS e o DM ainda configuram graves problemas em saúde pública.

E como são doenças que não possuem cura a terapêutica medicamentosa aliada aos hábitos de vida saudáveis são essenciais para a prevenção de complicações. No mais, gestantes que possuem esses históricos devem ser alertadas quanto aos riscos de intercorrências durante a gestação, além de cuidados redobrados com os hábitos alimentares.

Para os antecedentes pessoais foram frequentes a inexistência de qualquer fator que influenciasse no surgimento da doença, sugerindo a primiparidade para a maioria dos casos, porém, a HAS e a DHEG foram os antecedentes mais apontados na pesquisa, assim como a associação de vários fatores de risco, este dado se mostrou assíduo tanto para os antecedentes familiares quanto para os antecedentes pessoais.

É notório ainda, a quantidade de abortos realizados principalmente por adolescentes, sendo que para esta parcela populacional os casos de DHEG grave aliados a outras complicações como o oligohidrânio, trabalho de parto prematuro, CIUR e crises convulsivas com um ou mais episódios antes da internação foram frequentes, estas intercorrências contribuem para os índices de prematuridades, ressaltando, que o oligohidrânio esteve presente nos registros de gestações que foram interrompidas por ocasionarem abortos espontâneos.

Sendo assim, é importante investir em educação em saúde no âmbito escolar a fim de que as estatísticas de gestações já na adolescência reduzam, vale assinalar que neste sentido poderia haver um novo espaço de atuação profissional para o enfermeiro, uma vez que a graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Pará permite ao graduando a atuação na docência.

E trabalhar a prevenção da gravidez indesejada na adolescência somente na atenção primária em saúde é pouco eficaz, pois o público adolescente pouco frequenta esses

ambientes a não ser quando necessita acompanhar alguém ou quando procura por atendimento odontológico ou mesmo quando possui um problema de saúde já instalado.

E por mais que o período inicial do acompanhamento pré-natal tenha sido apontado na pesquisa como o ideal, e com um número de consultas satisfatório, é importante captar essas gestantes que não o realizam, pois as intercorrências são mais graves e em alguns casos, irreversíveis, resultando em mortalidade materna e/ou neonatal.

Um dado importante observado durante a análise dos prontuários revelou que o tempo médio de permanência das mesmas na Instituição é de dez dias, ou seja, não que essas mulheres não necessitem receber todo e qualquer tipo de assistência hospitalar, mas o fato é que ocupam leitos e oneram o hospital desnecessariamente, pois com uma assistência pré-natal que identifique e controle as complicações contribui para a diminuição da superlotação, e esses leitos poderiam ser destinados a gestantes mais graves ou que necessitem de mais tempo de internação hospitalar após o parto.

A pesquisa comprovou que a DHEG é uma complicação prioritariamente típica de primigestas, todavia, não isenta a vigilância da gestação em multigestas, uma vez que os níveis tensionais pressóricos aliados a vários fatores influentes associados, foram elevados em mais da metade dos casos, ressaltando que o monitoramento dos hábitos de vida e nutricionais devem ser assíduos, e também a conscientização dessas mulheres quanto ao risco de complicações no qual estão expostas caso não pratiquem as orientações repassadas durante a assistência, se é que essas orientações estão sendo repassadas.

Em tese, isto poderia contribuir para diminuição da ocorrência de partos cesáreos, inclusive em adolescentes, pois como a situação é uma emergência obstétrica a escolha por essa via de parto acaba sendo preferência, pois o que está em jogo é a vida da mãe e do bebê. Sendo assim, torna o ato puramente centralizado na figura do médico e retira a autonomia e a humanização do atendimento, sujeitando-as muitas das vezes a violência obstétrica.

Quando na verdade este momento deveria estar pautado na humanização, na integralidade e em práticas que promovam o conforto, o protagonismo e a autonomia durante o trabalho de parto e parto. E por mais que sejam noticiados vários e vários óbitos de recém-nascidos a taxa de crianças que nascem sem qualquer comorbidade é muito boa, mostrando que a Instituição realiza assistência com qualidade objetivando o bem estar dos pacientes.

Com base nos resultados encontrados, consideramos importante um maior empenho dos gestores municipais em oferecer subsídios aos serviços de saúde procurando ofertar uma assistência pré-natal de qualidade, investindo também em campanhas com o intuito de sensibilizar precocemente para a importância deste acompanhamento, e principalmente que

este não seja realizado de forma mecanicista, isto é, apenas assinalando no prontuário informações insuficientes acerca do bem estar da gestante.

É indispensável um contato mais próximo a partir do exame físico, da escuta dessa gestante quanto aos aspectos psicológicos, das orientações quanto aos hábitos saudáveis, assim como ensiná-la a reconhecer alterações atípicas durante esta fase e a frequência com que essas alterações acontecem. Contudo, é necessário valorizar a atenção primária em saúde fornecendo condições dignas de trabalho aos profissionais que atuam neste setor, principalmente em localidades distantes da Capital.

Pouco adianta os incentivos salariais, se as condições de trabalho são precárias. É imprescindível também, a realização de capacitações, de investimentos em recursos materiais seja pela estruturação do espaço físico onde são ofertados esses serviços, seja pelo fornecimento de insumos necessários ao bom atendimento, principalmente àquelas que possivelmente possam apresentar complicações.

A partir de então, nota-se que a assistência pré-natal oferecida pela atenção básica no Estado é ineficiente, pois não supre as necessidades da demanda local e contribui para a superlotação das maternidades e consequentemente com altos índices de morbimortalidades em gestantes no Estado. Assim, sugere-se que novas investigações sejam realizadas para investigar as causas de “não há fatores” observadas quanto aos registros sobre o histórico familiar, será que o profissional não pergunta? Ou porque não há preocupação em saber isso? Será que realmente não haviam fatores ou não houve preocupação em registrar este dado? Ou porque não acham que é importante saber isso? Não poderia estar aí uma das soluções para melhorar a assistência oferecida a este público, a partir da delimitação precisa dessas informações ?

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. A. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface – Comunicação e Saúde, Educação. V. 9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 2 de julho de 2013.

AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C.; **Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia.** Com. ciências saúde - 22 (sup. esp. 1): 153 - 160, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/fatores_risco_relacionados.pdf>. Acesso em: 02 de janeiro de 2013.

ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. V. I., BEZERRA, M. G. A. **Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza – Ceará.** Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem. V. 3, nº 11, p. 445 – 451, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a08>> Acesso em: 04 de julho de 2013.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. **Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação.** Arquivo brasileiro de cardiologia, v. 1, nº 91, p. 11 – 17, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a02v91n1.pdf> >. Acesso em: 30 de junho de 2013.

ASSUNÇÃO, M. J. M. **Mortalidade materna no município de Belém-PA.** Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4970/868.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 04 de julho de 2013.

BENZECRY, R.; OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de obstetrícia** Febrasgo. Revinter. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL,_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família:** Equipe de saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 29 de janeiro de 2013.

BRASIL,_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. Ed., 2. Reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL,_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL,_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, R. C. M.; CAMPOS, H. H.; BRUNO, Z. V.; MOTA, R. M. S. **Fatores preditivos de hipertensão gestacional em adolescentes primíparas: análise do pré-natal, da MAPA e da microalbuminúria.** *Arq. Bras. Cardiol.*, v.87, n.4, p. 487-495, 2006.

CRUZ, L. G.; ZAGATTO, P.; DUARTE, S. C. I., FARIA, D. G. S. **Representações sociais de gestantes hipertensas: estudo realizado em ambulatório de pré-natal de alto risco.** *Fundação Padre Albino*, v. 3, nº 2, p. 105 – 112, julho – dezembro 2009. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf#page=17>>. Acesso em: 4 de julho de 2013.

DALTOSO, D.; ALMEIDA, A. M. de, PANOBIANCO, M. S. **A visão de puérperas adolescentes acerca atenção pré-natal.** *Revista de enfermagem, UERJ*, nº 13 p 83 – 89, 2005.

[DOL] DIÁRIO DO PARÁ, **bebês mortos na santa casa chegam a 38.** Disponível em: <<http://diariodopara.diarioonline.com.br/n169613bebes+mortos+na+santa+casa+chegam+a+38.html>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

[DOL] DIÁRIO DO PARÁ, **Oitenta e uma mortes de bebês entre 2008 e 2011.** Disponível em: <<http://www.diarioonline.com.br/noticia-247429-oitenta-e-uma-mortes-de-bebes-entre-2008-e-2011.html>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

[DOL] DIÁRIO DO PARÁ, **SESPA esclarece mortes de bebês na Santa Casa.** Disponível em: <<http://www.diarioonline.com.br/noticia-247443-.html>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

EL-KADRE, D.; DELASCIO, D. **Hipertensão na gravidez.** 2ª edição. Ed.: Sarvier, São Paulo. 1991.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**, 2011.

FIGUEIREDO, F. **Estatística Descritiva e Probabilidades.** Ed.: Escolar Editora, 2009. São Paulo.

FLORES, R. L. R.; BITTENCOURT, S. D. A. **Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC).** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. FIOCRUZ, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=655591&indexSearch=ID>>. Acesso em 2 de julho de 2013.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, V. 4, nº 21, p. 1077 – 1086, jul – ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/10.pdf>>. Acesso em: 30 de junho de 2013.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. S. **Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo**. Rev. bras. enferm. vol.58 No. 1 Brasília Jan / Feb. 2005, ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100011&script=sci_arttext> Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LIMA, E. M. A.; PAIVA, L. F.; AMORIM, R. K. F. C. C. **Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. J. Health Sci. Inst. 2010; 28 (2): 151 – 3. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abrjun/V28_n2_2010_p151-154.pdf>. Acesso em: 09 de janeiro de 2013.

METELLO, J.; TURGAL, M.; VIANNA, R.; MAIA, M.; CASAL, E.; HERMIDA, M. **Desfecho da gravidez em jovens adolescentes**. Revista Brasileira de ginecologia e Obstetrícia. V. 30 nº 12. 2008.

MONTENEGRO, R. F. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª. Ed. Rio de Janeiro. Ed.: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 18. P. 204-213.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ª ed. São Paulo. Ed.: Sarvier, 2005.

NETO, V. J. D.; BERTINI, A. M.; TABORDA, W.C.; PARENTE, J. V. **Tratamento da Eclâmpsia: Estudo Comparativo entre o Sulfato de Magnésio e a Fenitoína**. RBGO - v. 22, nº 9, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n9/12051.pdf>>. Acesso em: 29 de dezembro de 2012.

OLIVEIRA, F. A. M. **Perfil Epidemiológico do Óbito Fetal na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2009**. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0285.pdf>. Acesso: 20 de fevereiro de 2013.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. **Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias e cuidados de enfermagem**. Rev. Edu, Meio Amb. e Saúde 2008; 3 (1): 208 - 222 Disponível em: <<http://metodomaisvida.com.br/gestantes/files/2009/09/sindromes-hipertensivasrevisao.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2013.

QUEENAN, J. **Gravidez de alto risco**. 2 ed. São Paulo. Ed.: Nomale, 1987.

RIGOL, J. L.; SANTO, L. C. E. **Perfil das gestantes adolescentes atendidas em consulta de enfermagem**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v. 22, nº 2, p. 122 – 140, jul. 2001, Porto Alegre. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4387/2331>>. Acesso em: 2 de julho de 2013.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Rev. Ciências e Saúde coletiva, 2007, vol. 12, n. 2, p 477 a 488. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>>. Acesso em: 5 de julho de 2013.

RUANO, R.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. **Sulfato de magnésio (MgSO₄) no tratamento e prevenção da eclâmpsia: qual esquema adotar?.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2004, vol.50, n.3, pp. 241 - 242. ISSN 0104 - 4230. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21644.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

SILVA E. F.; CORDOVA F. P.; CHACHAMOVICH J. L. R.; ZÁCHIA S. A. **Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun; 32 (2): 316 - 22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a15v32n2.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

SOUZA, A. S. R.; **Efeitos da dose de ataque do sulfato de magnésio sobre os parâmetros dopplervelocimétricos na pré-eclâmpsia grave.** Recife, 2006. Disponível em: <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Mestrado%20alex%20sandro;;20071130.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

SOUZA, F. L. **Atuação do enfermeiro frente à prevenção da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG).** Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/58572/1/atuacao-do-enfermeiro-frente-a_prevencao-da-doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidezDHEG>. Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

SCHUPP, T. R. **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos.** Tese de doutorado, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-03052007-142303/pt-br.php>>. Acesso em: 25 de março de 2013.

SCOPEL, D.; RAMOS, L. R.; VICTORINO, M. F.; LAVADO, M. M.; **Marcadores clínicos e laboratoriais para doença hipertensiva específica da gravidez.** Arq. Catarin. Med. 2012; 41 (2): 15 – 19. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/922.pdf>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

VIGGIANO, M. G. C.; **Condutas em Obstetrícia.** 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2002.

VIGGIANO, M. B.; VIGGIANO, M. G. C.; SOUZA, E.; CAMANO, L. **Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004, vol.26, n.4, pp. 317-323. ISSN 0100-7203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n4/20644.pdf>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

APÊNDICE – ROTEIRO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa: Perfil clínico e epidemiológico de mulheres que apresentaram doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), atendidas pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA no período de 2010 a 2011.

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

I – INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS:					
Idade	10 a 18	19 a 24		25 a 30	31 ou mais
Estado Civil	Solteira	Casada		União Estável	Divórcio / desquite
Grau de instrução	Ausência de ensino formal	Alfabetizada	Fundamental incompleto	Fundamental Completo	Médio Incompleto
	Médio Completo	Superior Incompleto		Superior Completo	
Ocupação	Atividades do lar	Estudante	Assalariada	Diarista/domestica	Profissionais liberais
	Autônoma			Outros	
Procedência	RMB	Principal município da RMB		Interior do Estado	Principal município do interior do Estado

II – INFORMAÇÕES GINECOLÓGICAS / OBSTÉTRICAS:										
Histórico familiar	DHEG		HAS		DM		Gemelaridade		Outros	
Início do acompanhamento pré - natal	1º trimestre		2º trimestre				3º trimestre		Não realizou	
Nº de Consultas	0		3		4 a 6		7 a 9		10 ou mais	
Nº de gestações	1		2				3		+ de 3	
Antecedentes pessoais	Abortos		DHEG		DM		HAS		Gemelaridade	
PA (mmHg) No momento da internação	< 140x90mmHg			= 140x90mmHg			>140x90mmHg			
Desfecho	Parto normal		Parto cesáreo				Óbito		Co-morbidades	
Co-morbidades	Óbito		Prematuridade						Outros	