



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

LEYLA SANTIAGO LOPES

**ECLÂMPSIA: FATORES DETERMINANTES EM UM GRUPO DE
MULHERES, ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.**

BELÉM - PARÁ

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

LEYLA SANTIAGO LOPES

**ECLÂMPSIA: FATORES DETERMINANTES EM UM GRUPO DE
MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.**

BELÉM - PARÁ

2011

LEYLA SANTIAGO LOPES

ECLAMPSIA: FATORES DETERMINANTES EM UM GRUPO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel e Licenciado Pleno em Enfermagem. Orientado pela Prof^a. Dr^a Márcia Maria Bragança Lopes e co-orientado pela Prof^a Dr^a Maria Elizabete de Castro Rassy.

BELÉM - PARÁ

2011

LEYLA SANTIAGO LOPES

ECLAMPSIA: FATORES DETERMINANTES EM UM GRUPO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel e Licenciado Pleno em Enfermagem.

Banca Examinadora:

1º Membro:

Profª Márcia Maria Bragança Lopes

Universidade Federal do Pará

2º Membro:

Profª Maria Elizabete de Castro Rassy

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

3º Membro:

Profª Iracema Souza Araújo

Universidade Federal do Pará

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

*À minha mãe amada, **Luzia**, que desde a minha infância muito se esforçou para que a concretização desse sonho fosse possível.*

*Ao meu pai **Manoel**, que me apoiou com sua paciência durante toda a minha vida.*

*Ao meu esposo **Iolando Antônio** por seu amor e dedicação durante todos os momentos difíceis.*

*Ao meu filho amado **Vitor**, que mesmo sem compreender minha ausência, recebia-me sempre com muito amor e carinho.*

*À minha sobrinha **Thaís Karoline**, por sua renúncia pessoal para me ajudar.*

*Às minhas amigas e fontes de inspiração **Darinês e Andreza**, pelo estímulo e incentivo.*

Leyla Santiago Lopes

AGRADECIMENTOS

A Deus, eterna fonte de conhecimento e sabedoria, tudo que tenho e sou é por sua graça e misericórdia que são infinitas, por ter enviado em meus caminhos pessoas tão especiais que me ajudaram, como:

Meus pais, irmãos, esposo, filho, sobrinhos, cunhados, que compartilharam todos os momentos de angústia e aflição, e saborearam o gosto de cada dificuldade vencida.

Meu esposo pela compreensão de minha ausência em cada compromisso desfeito e descontrole emocional.

Meus amigos que sempre me incentivaram.

Àqueles professores que me ajudaram com seus conhecimentos e dedicação.

Aos Enfermeiros e Docentes que convivi ao longo desses quatro anos e meio, pelos ensinamentos e incentivo em construir uma Enfermagem moderna baseada em princípios científicos.

A minha orientadora Dr^a Márcia Maria Bragança Lopes e minha co-orientadora Dr^a Maria Elizabete de Castro Rassy, que com suas experiências não se negaram em nenhum instante em me motivar e orientar sempre da melhor forma possível.

Aos pacientes e profissionais de saúde, com os quais aprendi muito por passarem suas experiências nunca conhecida pelas literaturas.

Enfim, agradeço de coração, a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta contribuíram para minha chegada com sucesso ao final dessa enorme jornada.

Quer vencer os desafios? Confie em Deus.

Quer alcançar um objetivo? Jamais desista!

Quer ver resultados? Persevere.

Quer ser feliz? Esqueça as mágoas.

Quer falar bem? Escute melhor.

Quer aprender? Persista em ler.

Quer realização pessoal? Lute!

Quer fazer diferença? Pague o preço.

A vitória é dos que lutam, dos que agem, dos que “saem do porto”.

Autor desconhecido

LOPES, L.S. Eclâmpsia: fatores determinantes em um grupo de mulheres atendidas em uma maternidade pública. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

RESUMO

Este trabalho procura conhecer as determinantes em saúde, prevalentes na eclampsia de um grupo de mulheres, através da identificação dos fatores predominantes da patologia, conhecimento do perfil sócio-econômico, cultural e de saúde reprodutiva das entrevistadas. Para tanto, realizou-se um estudo, descritivo, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório, sustentado no referencial teórico sobre distúrbios hipertensivos com a manifestação de eclampsia e educação em saúde. A análise quantitativa dos dados observados aponta para o fato da maioria das entrevistadas não desenvolver atividade remunerada, contribuindo para o agravamento das condições econômicas familiares e para todas as conseqüências delas advindas; a baixa escolaridade tem grande influência no agravamento das condições econômicas familiares, a dificuldade de acesso ao ensino formal e o pouco acesso as informações, vulnerabilidade e exposição a morbidade por doenças preveníveis como a eclampsia. Considerando que a maioria é egressas do interior do Estado, há perspectiva de que a menor adesão ao pré-natal, se dá em função da dificuldade de acesso e das menores possibilidades em obter assistência a saúde adequada em qualidade e quantidade. A constatação de que a grande maioria teve intercorrências na gravidez e um número pequeno teve o número de consultas adequado durante o pré-natal, leva a aferir que uma serie de fatores identificados nesta pesquisa contribuíram para a ocorrência de eclampsia na população pesquisada. Em contrapartida, sugere-se a implementação da ação educativa, como arma importante para o impacto e mudança do quadro hoje identificado, na clientela do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Gestante, Prevalência, Proteinúria, Eclâmpsia, Anticonvulsivante.

LOPES, L.S. **Eclampsia: determinants in a group of women attending a public maternity hospital.** Completion of Course Work (Graduate Nursing) - School of Nursing, Federal University of Pará, Belém, 2011.

ABSTRACT

This paper seeks to understand the determinants of health, eclampsia prevalent in a group of women, by identifying the predominant factors of the disease, knowledge of the socio-economic, cultural and reproductive health of respondents. To this end, we carried out a study, descriptive, quantitative, exploratory, sustained in the theoretical framework of hypertensive disorders in the manifestation of eclampsia and health education. Quantitative analysis of observed data points to the fact that most respondents do not perform paid, contributing to the worsening economic conditions and family for any consequences arising out of them, poor education has great influence on the worsening economic conditions of families, the difficulty access to formal education and little access to information, exposure to vulnerability and morbidity from preventable diseases such as preeclampsia Considering that most are recent grads in the state, the expectation is that lower adherence to prenatal care, is a function of difficulty of access and less likely to obtain adequate health care quality and quantity. The finding that the vast majority had complications in pregnancy and a small number had the appropriate number of visits during the prenatal period, leads to infer that a series of factors identified in this study contributed to the occurrence of eclampsia in the population studied. In contrast, we suggest the implementation of educational activities, such as major weapon for impact and change the frame now identified among the clientele of the Unified Health System

Keywords: Pregnancy, Prevalence, proteinuria, eclampsia, anticonvulsants.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo idade, por ocupação	20
TABELA 02 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo ocupação, por escolaridade	22
TABELA 03 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo a escolaridade, por renda familiar	24
TABELA 04 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo a escolaridade, por raça	26
TABELA 05 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo o nº total de gestações, por aborto	28
TABELA 06 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo diagnóstico da doença, por antecedentes familiares	30
TABELA 07 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo a realização do pré-natal, por nº de consultas e localidade de moradia	32
TABELA 08 - Distribuição em números absolutos e percentual do total das entrevistadas, segundo realização do pré-natal, pelo nº intercorrências no pré-natal	34

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. Hipertensão na gravidez	14
2.2. A eclâmpsia	14
2.3. Incidência	14
2.4. Fatores determinantes	15
2.5. Sintomatologia	15
2.6 Tratamento	15
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	17
3.1. Tipo de estudo	17
3.2. Contexto e sujeitos do estudo	17
3.3. Coleta e registro de dados	17
3.4. Análise de dados	18
3.5. Questões éticas e legais	18
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	19
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE NETERVISTA	41
APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
ANEXO	
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	46

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Um problema de saúde pública com dimensão e conseqüências negativas tem sido a mortalidade materna. Embora seja evitável em 90% dos casos, continua com estatísticas altas e constitui-se em uma grave violação dos direitos reprodutivos e, conseqüentemente, humanos. Revela a qualidade da atenção à saúde e, indiretamente, as condições de vida e saúde da população, por ser um dos indicadores de assistência à saúde das mulheres (SOARES; SOUZA; FREYGANG; CORREA; SAITO, 2009).

Nos países em desenvolvimento os índices de mortalidade são alarmantes. Segundo estudos realizados Pela Organização Mundial de Saúde estimaram que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo mundo morreram vítima de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal (RASSY, 2010).

Na América Latina, cerca de 28.000 mulheres, morreram por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. Desse total cerca de 98% poderiam ser evitadas se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos (BRASIL, 2006).

No Brasil, as causas mais freqüente de morte materna são as Doenças Hipertensivas Específica da Gravidez (DHEG), Eclâmpsia, Hemorragias, Infecções e aborto, as chamadas causas diretas de morte materna. Estas causas são controláveis e podem ser acompanhadas com a gestante no ambulatório de pré-natal, assistidas em consultas neste serviço e avaliadas a cada consulta médica e de enfermagem, com a participação da equipe multiprofissional (RASSY, 2010).

As maiores taxas de Mortalidade Materna no Brasil observada por Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004), foram nas regiões Norte e Nordeste. Na região Norte a razão de mortalidade Materna foi de 60,5/100.000 nascidos vivos, no primeiro semestre de 2002.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é o distúrbio mais comum na gestação. Esta patologia caracteriza-se por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG. Classifica-se a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia, forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação e eclâmpsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos conseqüentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONESI; POLATO, 2010).

Este distúrbio pode desencadear uma sucessão de eventos que levem a efeitos irreversíveis à mãe e ao RN, entre estes temos a manifestação da eclâmpsia, que é a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos, sendo responsável pela maior morbiletalidade dessa doença (NOVO; GIANINI, 2010). Desta forma faz-se necessário um estudo sobre o tema, a fim de garantir uma melhor assistência de enfermagem individualizada e humanizada em nosso meio.

Este trabalho tem o propósito de identificar os fatores determinantes da eclâmpsia, em um grupo de mulheres, atendidas em uma maternidade pública do município de Belém. Para tanto foi conduzido pela seguinte hipótese: fatores sócio-econômicos, culturais e de saúde reprodutiva são determinantes na ocorrência de eclâmpsia.

No processo de eleição do tema, pôde-se perceber que a relevância se dá em razão de sua participação no elevado número de mortalidade materna, conforme a informação dos indicadores de saúde do Estado do Pará. Os dados demonstram que o número de óbitos maternos em cada 100.000 nascidos vivos na cidade de Belém é praticamente o dobro dos óbitos maternos ocorridos em todo estado do Pará, o que fortalece ainda mais a importância dessa pesquisa (RASSY, 2010). Justifica-se também por conta da escassez de publicações sobre o tema, além da relevância por introduzir ferramentas ao desenvolvimento de novas pesquisas, fornecendo suporte à ampliação do conhecimento e fomentando futuros pesquisadores na área específica, ressalte-se também, sua importância para a área de enfermagem, como subsídio ao desenvolvimento de ações educativas à população.

Baseado nesta perspectiva o objetivo deste estudo foi conhecer as determinantes em saúde, prevalentes na eclâmpsia em um grupo de mulheres, através da identificação dos fatores predominantes da patologia, conhecimento do perfil sócio-econômico, cultural e de saúde reprodutiva das entrevistadas.

CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

A síndrome hipertensiva da gravidez tem sido observada, desde os tempos de Hipócrates, como uma alteração potencialmente mortal que afeta as mulheres grávidas. Desde a primeira década do século XX, com a introdução da medida indireta da pressão arterial e a determinação da proteinúria na prática clínica, tem sido possível reconhecer esse processo como uma doença acompanhada de hipertensão arterial, proteinúria e, às vezes, convulsões (SOGIMIG, 2007).

Desta forma, temos a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de redução da perfusão de órgãos devido ao vaso espasmo e à ativação do sistema de coagulação. Tendo ocorrência habitual após 20ª semana de gestação com aumento da pressão arterial e proteinúria (REZENDE, 2008).

A pré-eclâmpsia também é responsável por elevada morbimortalidade perinatal, devido à restrição do crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta, asfixia fetal e prematuridade. Acarreta ainda grande número de recém-nascidos com seqüelas, devido aos danos da hipóxia Perinatal (SOGIMIG, 2007).

2.2 – A ECLÂMPSIA

A eclâmpsia, por ser uma complicação da pré-eclâmpsia, caracteriza-se pelo surgimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas em gestantes. É invariavelmente uma complicação de algumas pacientes com pré-eclâmpsia, ocorrendo 1:78 gestantes com hipertensão e proteinúria (RUDGE; VASCONCELLOS, 2004).

Tem a seguinte classificação: eclâmpsia não-complicada, nesta há convulsão sem intercorrências; eclâmpsia complicada que apresenta convulsão com intercorrências como: (insuficiência respiratória e/ou cardíaca, icterícia, coagulopatia e etc.); e eclâmpsia descompensada nesta última temos convulsão associada à choque, coma, hemorragia cerebral e necessidade de assistência ventilatória (RUDGE; VASCONCELOS, 2006).

2.3 – INCIDÊNCIA

Sendo mais incidente nas gestantes negras, nas adolescentes e nas maiores de 35 anos. Sua ocorrência, antes da 20ª semana, tem sido relacionada à mola hidatiforme e à síndrome antifosfolípídea. Nos países desenvolvidos, ocorre 4-5 vezes a cada 10.000 partos. Nos subdesenvolvidos, é de 6-100 casos para igual número de partos. A eclâmpsia pode manifestar-se durante a gestação (mais freqüente), no parto e puerpério (NEME, 2007).

Diante do exposto nota-se uma discrepância no número de casos dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, este fato nos faz refletir o quanto

precisamos progredir na assistência básica, para tanto é de uma relevância a melhora do pré-natal, assim como a garantia de uma padronizada conduta através de um protocolo de conduta no manejo da paciente em crise convulsiva com a finalidade de evitar outras complicações e melhorar o prognóstico materno e perinatal (NEME, 2007).

2.4 – FATORES DETERMINANTES

Os fatores determinantes de eclampsia, operam em vários níveis, englobando o menor status social e as condições socioeconômicas das mulheres, que definem o acesso à educação, bens e serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade. Estudos tem revelado, como fatores de risco para a eclâmpsia, a idade materna mais elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal, a ausência de companheiro e as consultas prévias de saúde (LEITE; ARAÚJO; ALBUQUERQUE; ANDRADE; NETO, 2011).

2.5 - SINTOMATOLOGIA

As convulsões são precedidas em alguns dias por sinais premonitórios como cefaléia, distúrbios visuais (diplopia, visão turva, escotomas cintilantes) e/ou epigastralgia. Os movimentos convulsivos em geral iniciam em torno da boca com contrações faciais que evoluem para uma contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de uma breve parada respiratória (RUDGE; VASCONCELLOS, 2006).

Dessa forma a paciente apresenta os movimentos tônicos e clônicos por toda a sua musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. Os movimentos podem ser tão violentos a ponto de jogarem a paciente para fora do leito, é comum ferimentos de mordedura da língua com saída de uma secreção espumosa e sanguinolenta pela boca. Recuperado o estado de consciência a paciente não terá lembrança dos fatos ocorridos imediatamente antes, durante ou logo após as convulsões (RUDGE; VASCONCELOS, 2006).

2.6 - TRATAMENTO

No tratamento é relevante se adotar um protocolo padronizado, que oriente a conduta assistencial por meio de medidas gerais, terapia anticonvulsivante, terapia anti-hipertensiva e conduta obstétrica. Nas medidas gerais é importante os cuidados com o ambiente tranquilo e silencioso. A língua deve ser protegida com cânula de Guedel e a permeabilidade das vias aéreas deve ser mantida, recomenda-se a instalação de sonda vesical de Foley para adequado controle de fluxo urinário. A oxigenação pode ser melhorada com a instalação de cateter nasal com oxigênio a 5L/minuto. Mais ainda, deve-se realizar a punção venosa para a coleta de exames laboratoriais e manutenção de veia e instalação de monitor cardíaco (RUDGE; VASCONCELOS, 2006).

Na terapia anticonvulsivante é utilizada na prevenção e no controle das convulsões com o uso cada vez mais consensual do sulfato de magnésio. Durante a sua administração é de extrema relevância a avaliação da paciente continuamente, para se evitar a toxicidade do fármaco, pois ao elevarem-se os níveis séricos do sulfato de magnésio, reduz-se o reflexo patelar, podendo ocorrer depressão respiratória e até mesmo parada cardiorrespiratória ao atingir níveis tóxicos (NEME, 2007).

Sendo assim, há alguns esquemas proposto por estudiosos no assunto, que testaram inclusive outras drogas e chegaram à conclusão de que o sulfato de magnésio é o mais indicado para a gestante, em razão deste não produzir depressão do sistema nervoso central, tanto materna quanto fetal, ainda que ultrapasse a barreira placentária. O primeiro esquema proposto é de Zuspan, onde a dose de ataque é de 4g a 10%, e deve ser aplicada IV, lentamente em 20 minutos; dose de manutenção: solução de 10 ampolas a 10% em 400ml de solução glicosada a 5%, IV, 1 a 2g/h (bomba de infusão) (NEME, 2007).

No segundo esquema temos a proposta de Prichard e cols, que associa a via IV com a IM, sendo a dose de ataque em 4g, IV, a 20%, em 3 a 5 minutos, seguido de 10g, IM, a 50%, sendo 5g em cada glúteo. Já na dose de manutenção, temos 5g a 50% em injeção, IM, glúteo profundo a cada 4 horas. Enquanto que para Sibai no terceiro esquema temos, a dose de ataque de 6g IV, em 20 minutos e a dose de manutenção: 2 a 3g/hora, IV (NEME, 2007).

O tratamento com sulfato de magnésio para Neme (2007), tem seu uso contraindicado em algumas situações: como em caso de gestantes com miastenia grave, infarto do miocárdio, patologia renal grave. Importa ainda, salientar a interação do sulfato de magnésio com os antagonistas do canal de cálcio.

Durante a eclâmpsia e na crise hipertensiva a terapêutica anti-hipertensiva ajuda a prevenir o acidente vascular cerebral e a insuficiência cardíaca congestiva. Mas o uso desta terapêutica deve ser cuidadosa, para evitar grandes quedas pressóricas que resultem em danos para os fluxos renal, coronário, cerebral e placentário. Com este objetivo é que a droga de escolha em todo mundo é a hidralazina, por ser um vasodilatador arteriolar direto, seguro e eficaz no controle da hipertensão arterial aguda (NEME, 2007).

A conduta obstétrica depende da idade gestacional em que, encontra-se a gestante, contudo em termos gerais na vigência de eclâmpsia com feto vivo e viável e na ausência de sinais de parto rápido, se há muito se impôs conduta ativa, representada pela operação cesárea. Já nos casos em que a viabilidade do concepto é improvável, em face do risco materno, questiona-se a conduta conservadora da prenhes, havendo tendência na literatura pela extração fetal. Neme (2007) considera que o atual progresso da propedêutica fetal e os benefícios da terapêutica anticonvulsivante e hipotensora, pareça ser razoável para tentar

postergar a resolução da gestação para preservar, eventualmente, os interesses fetais.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico, descritivo com abordagem quantitativa e caráter exploratório, sustentado no referencial teórico sobre distúrbios hipertensivos com a manifestação de eclâmpsia.

3.2 – CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO

O cenário escolhido para a realização da pesquisa foi uma Fundação, que é hoje referência no Estado do Pará em atendimento Materno Infantil de média e alta complexidade, trata-se da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. A população em estudo são puérperas, que tiveram como diagnóstico na admissão: eclâmpsia, no período de agosto a outubro de 2011. Participaram da pesquisa todas as puérperas internadas durante o período e com diagnóstico mencionado.

3.3 – COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Nesta pesquisa optou-se pelo método de entrevista semi-estruturada, que de acordo com os critérios que cada autor adota, podem ser classificadas de distintas formas. As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram individuais. Para Minayo, (2007, p.262) refere-se a uma modalidade de informação que pode ser obtida com a utilização dessa técnica de coleta de dados: “informação que trata da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que ele vivencia”.

A entrevista iniciou-se por meio da abordagem das puérperas nas enfermarias de pós-parto da FSCMPA, onde eram feitos os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa a fim de identificar o interesse em participar. A partir do aceite informal, era realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por parte das entrevistadas, bem como dada a garantia, por parte da entrevistadora, do sigilo e da confidencialidade das informações proporcionadas.

No ato da entrevista as respostas foram anotadas nos formulários, e consultados prontuários e carteira de gestante como complemento. A duração da entrevista variou entre quinze (15”) a vinte minutos (20”). As participantes do estudo foram identificadas através de suas iniciais.

3.4 – ANÁLISE DE DADOS

A análise foi realizada através de tabelas, com distribuição quantitativa dos dados, onde foram dispostas as respostas das entrevistadas sobre as questões enfocadas na entrevista.

3.5 – QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Este estudo obedece à Resolução 196/96-CNS das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, do Ministério da Saúde. Esta Resolução incorpora, sob ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da bioética que incluem a macro ética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade; e a micro ética: respeito, dignidade e decência. Visam assegurar os direitos e deveres, que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Pará, através do Parecer número 0113.0.073.440-11 e protocolo número 067/11-CEP, emitido em 28 de junho de 2011.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na tabela 01 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a faixa etária, por ocupação.

Analisando os dados relacionados à faixa etária, observa-se que 45.4% possuem de 16 a 20 anos e 27.3 de 21 a 25 anos, representando a maioria das entrevistadas. Quanto a ocupação 72.8% são DO LAR; 18,2% serviços gerais e 9.1% autônomas.

Quando correlacionadas a faixa etária com a ocupação observa-se que há uma relação quantitativa mais representativa entre a faixa etária de 16 a 20 anos e a ocupação DO LAR.

Considerando os dados identificados na pesquisa pode-se aferir que o fato da maioria das entrevistadas não desenvolver atividade remunerada e, considerando o total das ocupações, outras atividades com remuneração incipiente ou instável contribuem para o agravamento das condições econômicas familiares e para todas as conseqüências delas advindas.

Na tabela 02 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a ocupação, pela escolaridade.

Observou-se que o número mais representativo de entrevistadas (72.7%) exerce atividades relacionadas aos afazeres domésticos e que o maior percentual (45.4%) informa o Fundamental Incompleto como escolaridade.

Na correlação dos dados observa-se que as entrevistadas que exercem atividades DO LAR estão distribuídas em fundamental incompleto, fundamental completo e médio completo, entretanto, a maioria destas (62.5%) possui ensino fundamental incompleto. Registre-se que as entrevistadas com outras ocupações estão todas concentradas no ensino médio completo.

Os dados identificados na pesquisa levam a conclusão de que a baixa escolaridade tem grande influência nas atividades, com remuneração instável, baixa remuneração ou nenhuma remuneração, desenvolvidas pelas entrevistadas, tendo como conseqüência o agravamento das condições econômicas familiares, a dificuldade de acesso ao ensino formal e o pouco acesso as informações.

Por motivos variados, a doença é mais freqüente em pacientes em condições culturais desfavoráveis (Correa, 2006), pois dificulta o entendimento da patologia e seu tratamento.

Neste aspecto considera-se como fator primordial a educação em saúde, que deve ser desenvolvida cotidianamente e das mais diversas formas, pela equipe de saúde, particularmente o profissional enfermeiro, com seu perfil de educador em saúde.

Na tabela 03 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a escolaridade, pela renda familiar.

Observou-se que as escolaridades de maior concentração são Fundamental Incompleto e Médio Completo, com 45.4% e 36.4% das entrevistadas, respectivamente, bem como o maior percentual da renda (36.4%) das entrevistadas é de 2 a 3 salários mínimos, seguido de 27.2% referentes a 1 salário mínimo.

Correlacionando os dados, observa-se que a renda familiar das entrevistadas com Ensino Fundamental Incompleto varia de menos de um salário mínimo a 2/3 salários mínimos. Constata-se, também, que as entrevistadas com maior escolaridade, Ensino Médio Completo, distribuem-se igualmente na mesma faixa salarial.

Os resultados aqui encontrados demonstram que o grupo de entrevistadas faz parte de um estrato da sociedade vulnerável e exposto a morbidade por doenças preveníveis, em função de sua baixa escolaridade e renda familiar.

É da competência do serviço de saúde orientar o paciente, tornando claro seu possível comportamento de risco, para que assim o mesmo consiga perceber a relevância do seu tratamento (...), com vistas à promoção de comportamentos preventivos (BRASIL, 2008).

De acordo com Wilson e Henry (2004), "Educação do paciente é a medida preventiva mais significativa (...).

Na tabela 04 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a escolaridade, por raça.

Analisando os dados relacionados à escolaridade observou-se que as escolaridades de maior concentração são Nível Fundamental Incompleto e Nível Médio Completo, com 45.4% e 36.4% das entrevistadas, respectivamente. Quanto a raça, o maior percentual se identifica como parda (45.4%), seguido de branca e negra, ambos com 27.3%.

Quanto correlacionadas a escolaridade com a raça, observa-se que as de maior escolaridade, Ensino Médio Completo, identificam-se como branca (50.0%) e parda (50.0%), enquanto que o total (100%) de negras possui Ensino Fundamental Incompleto, representando 60.0% do total desta escolaridade.

Quanto a incidência da Eclampsia, Neme (2007) identifica a raça negra com predisposição para tal, entretanto, vale refletir sobre outras questões a partir dos dados identificados neste grupo de entrevistadas.

No que tange o acesso à educação, direito garantido na Constituição Federal, a história tem mostrado um avanço importante. Em contrapartida, estatísticas demonstram que a evasão escolar associada ao ingresso precoce no mercado de trabalho informal neste estrato é significativa.

Para Golgher (2006) a sociedade possui uma “dívida social” para com os negros, considerando serem eles que, por mais de 300 anos, construíram as bases econômicas do Brasil, sob condições brutais, a custo de completa exclusão social. Esta condição de risco se perpetuou, considerando que a passagem da condição de escravo para de assalariado, manteve a segregação e a exclusão da raça negra pela raça branca.

A isonomia entre raças só será alcançada através da identificação das fragilidades de negros e pardos, captadas através de estudos, seguida da implementação de políticas públicas, dirigidas a pardos e negros (GOLGHER, 2006).

Na tabela 05 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo o número de gestações, pela ocorrência de aborto.

Analisando a tabela constata-se que 54.5% das entrevistadas são primigestas, seguidas de 27.3% que referiram três gestações ou mais e 18.2% duas gestações. Quanto a ocorrência de aborto, a maioria (72.7 %) negou existência de antecedentes pessoais de aborto.

Correlacionando os dados da tabela, observa-se que a totalidade das entrevistadas com duas gestações referiram episódios de aborto, da mesma forma que 33.3% das multíparas.

A relação entre eclampsia e primeira gestação é referida nos estudos de Resende (2007) e Neme (2007), que vão ao encontro dos resultados desta pesquisa, pois foram identificadas 54.5% das entrevistadas nesta condição.

Na tabela 06 está ilustrado, em número absoluto e percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a patologia diagnosticada, pela existência de antecedentes familiares da patologia.

Analisando a tabela constata-se que 81,8% das entrevistadas, ao serem admitidas no hospital, estavam grávidas e tiveram diagnóstico de eclampsia, enquanto as 18,2% restantes tiveram o diagnóstico de eclampsia puerperal. Quanto aos antecedentes mórbidos familiares, 77,8% referiram desconhecê-los, enquanto que 11,1% disseram ter a genitora com HAS e as outras 11,1%, da mesma forma, referiram que a genitora foi acometida de eclampsia.

Sogimig (2007) relaciona o risco de adoecimento oito vezes maior que a população geral, em mulheres com antecedentes maternos de eclampsia.

Em relação a eclampsia puerperal, Neme (2007) não faz associação da predisposição deste quadro patológico com antecedentes maternos, afirmando que a eclampsia é mais freqüente em estados gestacionais.

Na tabela 07 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a realização do pré-natal, pelo número de consultas e localidade de moradia/realização do pré-natal.

Observou-se que o total das entrevistadas (100.0%) refere que realizou pré-natal, que o número de consultas variou equitativamente entre uma (01) e dez (10) consultas e que 54.5% são egressas do interior do Estado.

Quanto correlacionados os dados, observa-se que, apesar de todas as entrevistadas considerarem ter realizado pré-natal, somente 63.6% destas encontram-se enquadradas nos números de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, portanto, tecnicamente, 36.4% das entrevistadas não realizaram pré-natal. Vale registrar, também, que daquelas, somente 27.2% foram atendidas adequadamente, em termos numéricos, entretanto, é importante frisar que esta pesquisa não aferiu a qualidade do atendimento.

Considerando que o maior percentual (54.5%) é de egressas do interior do Estado, vale registrar as observações de Correa (2006) quanto ao índice menor de adesão ao pré-natal por parte destas mulheres, em função da dificuldade de acesso e das menores possibilidades em obter assistência a saúde adequada em qualidade e quantidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) denomina de “Integralidade da Assistência” o conjunto, articulado e contínuo, de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do Sistema (SUS, 2008).

Na tabela 08 está ilustrado, em número absoluto e em percentual, o total de mulheres entrevistadas segundo a realização do pré-natal, pela existência de intercorrências na gravidez.

Observou-se que o total das entrevistadas (100.0%) refere que realizou pré-natal e que somente 18.2% não apresentaram intercorrências no período da gravidez. As intercorrências citadas foram: vaginoses (36.4%); vaginoses associadas à infecção urinária (27.2%); sangramento do primeiro trimestre (18.2).

Considerando as observações feitas na tabela anterior, vale refletir a partir dos dados supracitados.

A partir de informações das entrevistadas e de dados colhidos em seus prontuários, constatou-se que 81,8% tiveram intercorrências na gravidez; a partir dos dados constatados através da tabela 7, somente 27.2% das entrevistadas tiveram o número de consultas adequado durante o pré-natal; considerando as observações de Correa (2006) quanto ao índice menor de adesão ao pré-natal por parte das mulheres residentes em municípios do interior do Estado, maioria nesta pesquisa; considerando as observações de Sogimig (2007) quanto a freqüente adoção de medidas e procedimentos inadequados por parte dos pré-natalistas no atendimento às gestantes, pode-se aferir que uma serie de fatores identificados nesta pesquisa contribuíram para a ocorrência de eclampsia na população pesquisada.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educar em Enfermagem é uma prática necessária não somente para o educando, como também para o educador e para toda a equipe multidisciplinar que estabelece contato com o educando, repassando-lhe informações referentes à sua saúde, desta forma prevenindo doenças e promovendo condições para a manutenção da saúde, como é preconizado pelos órgãos governamentais, mas, para tanto, se faz necessário a identificação de fatores, que, associados a condições que extrapolam a governabilidade do profissional, levam ao adoecimento parte significativa da população.

Esta pesquisa permitiu aprofundar conhecimentos sobre os determinantes em saúde, prevalentes na eclampsia que acometeu um grupo de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde, desde o acompanhamento da gestação, até a intervenção no seu quadro patológico.

Outro fato positivo, digno de nota, diz respeito à identificação dos fatores predominantes da patologia, conhecimento do perfil sócio-econômico, cultural e de saúde reprodutiva das entrevistadas. Considera-se fator positivo pelo fato desses dados possibilitarem futuras intervenções, por parte do profissional enfermeiro, através do processo de educação em saúde, buscando minimizar ou rompendo a cadeia de efeitos deletérios à saúde da população causados por deficiências na atenção prestada à população nos vários níveis de atenção em saúde.

Apesar das dificuldades inerentes a consumação da pesquisa, a importância deste trabalho para o conhecimento e amadurecimento sobre o tema é incontestável, pois, permitiu, também, constatar as discrepâncias que ocorrem entre

o que é preconizado pelo SUS e pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/Assistência ao Pré-natal e o que de fato é vivenciado pela população, que necessita do serviço público para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Sabe-se que os problemas verificados no sistema público de saúde advêm de fatores múltiplos, entretanto, a implementação das intervenções específicas, juntamente com ações educativas como complemento, reduziria, sobremaneira, os índices de morbidade e mortalidade geral no país.

Conclui-se que, fazer educação em saúde, indubitavelmente, traria impacto positivo, reduzindo uma serie de fatores identificados nesta pesquisa, contribuindo para a redução da ocorrência de eclampsia na população atendida pelo Sistema Único de Saúde, especialmente nos municípios do interior do Estado.

Referências Bibliográficas

AMORIM, M.M.R; KATZ, L; VALENÇA, M; ARAÚJO, D.E. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Revista da associação médica brasileira**. v.54, n.3, junho, 2008.

ANDRADE, A.T.L; GUERRA, M.O; ANDRADE, G.N; ARAÚJO, D.A.C.; SOUZA, J.P; Mortalidade materna: 75 anos de observação em uma maternidade escola. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**. v.28, n.7, julho, 2006.

ANGONESI, J.; POLATO, A. **Doença hipertensiva específica da gravidez**. 2010. Disponível em: [http:// www.scielo.org](http://www.scielo.org). Acesso em: 13 out 2010.

BEZERRA, M.G.A; ARCANJO, C.M; OLIVEIRA, M.I.V. Gravidez na adolescência de uma unidade municipal de Fortaleza. **Escola Anna Nery**

BRASIL. Ministério da saúde. Urgências e Emergências maternas: **Gestação de alto risco/manual técnico**. 4ª ed.Brasília: MS, 2000 p.23-30.

BRASIL. Ministério da saúde. Urgências e Emergências maternas: **guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna/ Secretaria de Políticas de saúde, área técnica da saúde da mulher**. 2ª ed.Brasília: MS, 2000 p.35-39.

CUNHA, S.P.; DUARTE, G. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. **Gestação de alto risco**. Rio de Janeiro: Medsi, 2008. p.81-85.

DIBEL, K.D.D. **Hipertensão na gravidez**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

FAGUNDES, A; CECATTI, J.G. **Morte materna uma tragédia evitável**. 3ª ed. São Paulo: editora da Unicamp, 2004.

FREITAS, F. [... et al.].**Rotinas em obstetrícia**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GARCEZ, R.M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA internacional; tradução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HOPKINS, J. **Manual de ginecologia**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEITE, R.M.B; ARAÚJO, T.V.B; ALBUQUERQUE, R.M; ANDRADE, A.R.S; NETO, P.J.Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. **Caderno de saúde pública**, v.27, n.10, outubro 2011.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno de saúde pública**, v.22, n.11, novembro, 2006.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2007.

NETO, J.D.V; BERTINI, A.M; TABORDA, W.C; PARENTE, J.V. Tratamento da eclampsia: Estudo comparativo entre o Sulfato de Magnésio e a Fenitoína. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v.22, n.9, outubro, 2000.

NOVO, J.L.V.G; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. v.10, n.2, junho, 2010.

OBA, M.D.V; TAVARES, M.S.G. Análise da mortalidade materna no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.3, maio, 2001.

PERSINOTO, M.O.A.; OLIVEIRA, S.M.J. **Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez**. USP 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em 19 nov. 2010.

RASSY, Elizabete. **Aquisição de periódicos nacionais na biblioteca da FSCM: FSCMPA: uma tese de doutorado 2010**. 191 f. Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE J.F. **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RUDGE, M.V.C; VASCONCELLOS, M.J.A. **Diabete e hipertensão na gravidez: Manual de orientação/Febrasgo**. São Paulo: Ponto, 2006.

SOARES, V.M.N; SOUZA, K.V; FREYGANG, T.C; CORREA, V; SAITO, M.R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do sul do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v.31, n.11, novembro, 2009.

SOGIMIG, M. **Manual para concursos de residência médica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

SOUZA, N.L; ARAÚJO A.C.P.F; AZEVEDO, G.D; JERÔNIMO, S.M.B; BARBOSA, L.M; SOUSA, N.M.L. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com eclâmpsia. **Revista de saúde pública**, v.41, n.5, outubro 2007.

Apêndices

Apêndice - A

Entrevista semi-estruturada

Nº do Registro: _____

Nome da paciente abreviado _____

Endereço: _____

Data do nascimento: ____/____/____ Idade : _____

Ocupação : _____ Cor: _____

Escolaridade: Fundamental () completo () incompleto Médio completo() incompleto()

Superior completo () incompleto()

Renda familiar: menos de I salário mínimo() I salário mínimo() I a II salários míimos ()

II a III salários mínimos () mais que III salários mínimos().

Antecedentes obstétricos:

Nº de gestações: G () P () A ()

Tipos de parto: vaginal () cesárea () fórceps ()

Aborto: espontâneo () Induzido () ; Fez Curetagem : sim() não()

Gestação anterior: () pré-termo () termo () Pós-termo

Último parto há: _____

Nascidos vivos: _____ Natimortos: _____

AMF: genitora teve eclâmpsia quando esteve grávida de você()

Genitora com hipertensão gestacional()

AMP: diabetes() hipertensão pré-gestacional() gemelidade()

DUM: ____/____/____ DPP : ____/____/____ IG : _____

Pré-natal : sim () não ()

Nº de consultas : _____ Início ____/____/____ meses _____

local_____

Intercorrências no pré-natal :_____

Intercorrências no parto :_____

Ganho excessivo de peso:_____

História da doença atual:

Sinais vitais: T_____°C ; P_____bpm; R_____rpm; P.A._____mmHg

Diagnóstico médico:_____

Diagnósticos de enfermagem:_____

Idade gestacional na internação:_____

A conduta adotada:_____

O tratamento: _____

A via de parto:_____

O tempo de interrupção da gestação:_____

As condições do recém-nascido:_____

O acesso e a adequabilidade da assistência e do tratamento:_____

Apêndice - B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: AS DETERMINANTES EM SAÚDE, PREVALENTES NO ACOMETIMENTO DE ECLÂMPZIA.

Cara Senhora,

A senhora foi convidada a participar da pesquisa “AS DETERMINANTES EM SAÚDE, PREVALENTES NO ACOMETIMENTO DE ECLÂMPZIA: BELÉM - PARÁ – 2011”. Esta pesquisa realizada pela discente: Leyla Santiago Lopes; aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Profª Márcia Bragança.

O objetivo deste estudo é avaliar as determinantes em saúde prevalentes no acometimento de eclâmpsia. Para isso a senhora será convidada a responder um questionário que levará em média 10 minutos.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer benefício financeiro, risco ou desconforto. A qualquer momento a senhora terá liberdade para deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, e depois de finalizada, os seus resultados serão utilizados somente no meio acadêmico e científico. O seu nome, endereço, filiação e qualquer outro dado relacionado à sua identificação, sob nenhuma hipótese serão divulgados.

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora: Leyla Santiago Lopes-(91)32726262 / 82447091 e Orientadora Márcia Maria Bragança Lopes-(91)32018563 / 99819158.



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e recebi uma cópia deste termo. Ficou claro para mim quais são os propósitos da pesquisa, que os meus dados pessoais não serão divulgados e que posso ter acesso a todas as informações sobre a mesma. Declaro ainda que aceito participar por minha livre vontade, cooperando com todas as informações, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante a mesma, sem penalidade, perdas ou prejuízos no meu atendimento durante a minha internação na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Assinatura da entrevistada

Anexo

ANEXO - A


	<p>GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ</p>	
	DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA		

TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 28 de junho de 2011 o Projeto de Pesquisa intitulado "AS DETERMINANTES EM SAÚDE PREVALENTES NO ACOMETIMENTO DE ECLANPSIA NA GESTAÇÃO" de CAAE-0113.0.073.440-11 e protocolo nº. 067/11-CEP, sob a responsabilidade de Márcia Maria Bragança Lopes, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 28 de junho de 2011.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 30/08/2011), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).


Mara Lucinda Gomes do Amaral
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA

Mara Lucinda Gomes do Amaral
 Coordenadora do CEP
 FSCMPA

CEP /Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Rua Oliveira Belo, 395 –Umarizal – Fone: (091) - 4009.2264, CEP: 66.050-380 – CNPJ: 049.293.45/0001-85 – Belém – Pa. E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br
