

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARTA MARIA SOARES HERCULANO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES COM
SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL**

FORTALEZA

2010

MARTA MARIA SOARES HERCULANO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA GESTACIONAL**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA
2010

H464a Herculano, Marta Maria Soares

Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com síndrome hipertensiva gestacional/ Marta Maria Soares Herculano. - Fortaleza, 2010.

97 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará.

1. Hipertensão Induzida pela Gravidez 2. Cuidado Pré-Natal 3.
Enfermagem I. Damasceno, Ana Kelve de Castro (orient.) II. Título.

CDD: 610.730693

MARTA MARIA SOARES HERCULANO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES COM SÍNDROME
HIPERTENSIVA GESTACIONAL

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29/12/2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

É em Cristo que descobrimos quem somos, e o propósito de nossa vida.

"Concede-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras."

Efésios 1:11

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Marques e Maria Soares, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões e me ensinaram a ser a pessoa que sou hoje. Vocês são o meu exemplo de vida. Amo vocês.

Ao meu esposo Luiz Carlos - Presente de Deus - Por sua companhia ao longo desses vinte e um anos! Teu cuidado, tuas palavras, teu sorriso, tuas virtudes que não são poucas..., teu amor... minha vida se completa ao teu lado. Sou feliz, pois tenho você comigo!

Aos nossos filhos Lara, Letícia e Lucas, produto da graça e do amor de Deus nas nossas vidas. São valiosas bênçãos do Senhor.

As minhas irmãs Márcia, Mônica, Mardene, Maryane, e Mirla vocês são parte de mim. São motivos de muita alegria, paz e sabedoria -Riquezas do Senhor. Cada uma é especial na sua maneira de ser. Temos aprendido muito nesses dias pela ausência de uma das partes - Maryele- irmã querida e amada que abraçou a causa do Senhor nosso Deus com dedicação e alegria... Temos nos apegado as escrituras para entender..., apesar das circunstâncias que ... *A nossa identidade está na eternidade, e a nossa pátria é no céu. A terra não é nosso lar definitivo; fomos criados para algo muito melhor.* Obrigado Senhor, pois tu tens nos sustentado. Faz-me entender teu querer e dirige o meu caminhar...

À Profa. Dra. e orientadora Ana Kelve de Castro Damasceno, por seu carinho, disposição e animação. Pelas contribuições acadêmicas valiosas durante essa jornada, conheci em você muitas virtudes como paz, amizade, determinação e, sobretudo organização. Obrigada por ter sido companheira nas orientações e discussões desse trabalho. Aprendi muito com você. Que Deus lhe conceda muitas alegrias e sabedoria durante o seu caminhar. Sou grata a Deus por sua vida.

À Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, que vem fazendo parte desse trabalho desde a qualificação, suas contribuições foram valiosas, obrigada por ter aceitado a participar dessa etapa. Que o Senhor esteja sempre presente em sua vida.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, que aceitou participar da minha banca, obrigado pela sua contribuição.

À Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues, por ter aceitado participar da minha banca. Deus a conceda muitas alegrias e paz.

À todos os professores do Departamento de Enfermagem, que cada um a sua maneira particular, contribuiu para meu crescimento acadêmico durante as disciplinas, em particular, às Profas. Dras. Escolástica Rejane, que contribuiu muito nesse trabalho, Marli Galvão, Ana Karina Bezerra, Lorena Ximenes, Maria Josefina, Violante Augusta, Rui Verlaine, Ana Martins, Vera Leitão e Marcos Venícios.

À toda equipe de Enfermagem do Centro Obstétrico de onde partem minhas inspirações, advindas do cuidar de mulheres muitas vezes fragilizadas, nessas horas nos fazem refletir que somos gente que podemos ser sempre úteis através de uma simples palavra de conforto, elogios; e também pela companhia diária de amigas como Isolda Silveira, ser humano belo,

pelas palavras sábias e firmes dedicadas as mulheres, Liduina Pinto pessoa maravilhosa sempre disposta à cuidar dos outros com sua meiguice e sinceridade, Ruth Teixeira também companheira e amiga pessoa singela e cheia de virtudes, consegue ver nas mulheres que cuida a capacidade de vencer os impossíveis. Ainda no local de trabalho podemos citar pessoas valiosas e dedicadas como Aparecida Andrade, Creuzilene Freitas, Auxiliadora, Salete Barbosa, Lara, Carmy, as doulas maravilhosas que nossas parturientes ganharam: Graça, Ivonilde, Margarida, Aurilene mulheres comprometidas com o cuidado respeitoso à mulher independente de circunstâncias. Sou grata a Deus por tê-las ao meu redor. E principalmente as mulheres que fizeram parte desse estudo.

Às outras colegas e companheiras da MEAC, Adrielle Vieira, Régia Barbosa, Regina Dodt, Linicarla Fabíole, Sandra Vasconcelos, Gorete Andrade, Léa Dias, Dávila Modesto, Ana Cláudia, Leopoldina, Verônica Tomé, Sara, Rosilea, Luciana, Dulce as médicas residentes Sara, Fernanda e outras pelo convívio e amizade. Sou grata a Deus pela vida de vocês.

Ao Grupo de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, grupo de pesquisa do qual participo, que me proporcionou novas e valiosas descobertas. Em especial, às enfermeiras, Adrielle Vieira, Naira Caminha, pessoas fundamentais no caminhar desse trabalho. As mestrandas Lydia Freitas, Liana Mara, Thaís Marques. A Amanda Oliveira, Fernanda, Maira Cristina, Socorro Siqueira e todas que contribuíram durante esta etapa. Que as bênçãos do Senhor as alcance sempre.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a assistência pré-natal de mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional. Estudo de avaliação, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado na MEAC em Fortaleza. A amostra foi constituída por 230 mulheres admitidas na referida maternidade com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG). A coleta de dados ocorreu no período de março a novembro de 2010, tendo sido utilizado um formulário estruturado, além de consultas aos prontuários das participantes. A idade prevalente foi a faixa etária de 20-34anos com 134 (58,3%) mulheres, a maioria (65,7%) proveniente da capital. Das 230 mulheres 126 (54,8) eram primíparas e 37 (16,1%) tinham história prévia de pré-eclâmpsia. Foram analisados separadamente 230 prontuários, desses 194 gestantes foram admitidas por pré-eclâmpsia correspondendo a 88,8%, porém com maior prevalência a pré-eclâmpsia grave, com 57,0% das internações. Nos achados referentes aos fatores de risco, o principal fator associado à SHG foi a pré-eclâmpsia prévia com 37(16,1%) casos, seguida de HAC 34 (14,8%). Entre os principais sinais e sintomas apresentados à admissão foram: aumento da PA num total de 200 mulheres, com uma média de PAS de 164,2 com DP 22,4, seguido por proteinúria (148) e cefaleia (127). A idade gestacional variou de 18 a 42 semanas, com média de 36,4, obtendo DP de 3,82. A via de parto prevalente foi a cesárea com (77,4%). Quanto aos dados do pré-natal 147 (63,91%) mulheres iniciaram as consultas no primeiro trimestre, 121 (48,5%) realizaram de 6 a 13 consultas com uma média de 5,9 e DP de 2,2. Do total dessas mulheres 128 foram acompanhadas pelos dois profissionais médico e enfermeiro. Observou-se a cobertura de todos os exames laboratoriais e procedimentos preconizados pelo PHPN, superiores a 80%, exceto a realização da segunda amostra dos seguintes exames: VDRL, Urina, HIV e Glicemia. Portanto, não cumprindo o que é estabelecido pelo PHPN, ou seja, a realização desta segunda amostra em torno da 30ª semana de gestação. Conclui-se, portanto que o estudo tem sua relevância por trilhar o percurso da assistência pré-natal até o desfecho no atendimento a nível hospitalar, mostrando-nos os fatores relacionados ao acompanhamento pré-natal, reafirmando que a sua simples realização não assegura a minimização do aparecimento da SHG, sendo fundamental o investimento qualitativo dessa ação.

Palavras-chave: Hipertensão induzida pela gravidez. Cuidado pré-natal. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate prenatal care given to women with Gestational Hypertensive Syndrome. This is a descriptive, transversal and evaluation study with quantitative approach, held in the Maternity School Assis Chateaubriand (MEAC) in Fortaleza. The sample consisted of 230 women admitted at the maternity, diagnosed with Gestational Hypertensive Syndrome (GHS). The data was collected from March to November 2010, using a structured form and examination of the patients' medical records. Most women, 134 (58.3%), were between the age of 20-34years, being the majority (65.7%) from the capital. 126 (54.8%) of the 230 women were young first-time mothers and 37 (16.1%) had a prior history of preeclampsia. 230 medical records were individually analyzed. From this it was found that 194 pregnant women were admitted with preeclampsia corresponding to 88.8%. However severe preeclampsia was the higher prevalence with 57.0% of admissions. Regarding risk factors, the main factor associated with SHG was prior preeclampsia with 37 (16.1%) cases, followed by HAC with 34 (14.8%). Among the key signs and symptoms at the time of admission were: increased High blood pressure totaling 200 women, with an average Systolic blood pressure of 164.2 with DP of 22.4, followed by proteinuria (148), and headache (127). The gestational age ranged from 18 to 42 weeks, with an average of 36.4, with a DP of 3.82. Caesarean was the prevalent choice of childbirth (77.4%). Regarding the pre natal data, 147 (63.91%) women began their appointments in the first trimester, 121 (48.5%) attended from 6 to 13 appointments with an average of 5.9 and DP of 2.2. 128 of these women were accompanied by two professionals: a doctor and a nurse. All laboratory tests and procedures recommended by PHPN were noted, over 80%, excepting the second samples of the following tests: VDRL, urine, HIV and blood glucose. Therefore, not fulfilling what is established by PHPN, in other words, the running of the second sample around the 30th week of gestation. In conclusion, this study has its relevance by reinforcing the route of prenatal assistance until the outcome in the attendance at the hospital. It shows us the factors related to prenatal follow-up, reaffirming that the mere realization does not ensure the minimization of the emergence of GHS, being fundamental the qualitative investment of this action.

Keywords: High blood pressure induced by pregnancy. Prenatal care. Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição de mulheres internadas na MEAC por SHG segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2010.....	45
TABELA 2	Distribuição das características sociodemográficas segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.....	50
TABELA 3	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados relacionados ao pré-natal. Fortaleza-CE, 2010.....	52
TABELA 4	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo procedimentos relacionados ao pré-natal. Fortaleza-CE, 2010.....	56
TABELA 5	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN. Fortaleza-CE, 2010.....	58
TABELA 6	Distribuição das orientações recebidas durante o pré-natal das mulheres internadas na MEAC, por SHG. Fortaleza-CE, 2010.....	61
TABELA 7	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo diagnóstico de admissão. Fortaleza-CE, 2010.....	64
TABELA 8	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo fatores de riscos associados à SHG. Fortaleza-CE, 2010.....	66
TABELA 9	Distribuição das mulheres internadas na MEAC segundo dados relacionados às principais queixas na admissão hospitalar. Fortaleza-CE, 2010.....	67
TABELA 10	Distribuição das mulheres internadas na MEAC segundo dados relacionados à patologia e internação hospitalar. Fortaleza-CE, 2010.....	68
TABELA 11	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados relacionados ao tratamento anti-hipertensivo e anticonvulsivante, e via de parto. Fortaleza-CE, 2010.....	69
TABELA 12	Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados relacionados ao recém nascido, Fortaleza-CE, 2010.....	72
TABELA 13	Distribuição dos dados relacionados ao recém nascidos segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.....	74
TABELA 14	Distribuição das características obstétricas, condutas clínicas e fatores associados segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALSO – Advanced Life Support in Oobstetrics
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
CIUR – Crescimento Intrauterino Restrito
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.
DLE – Decúbito Lateral Esquerdo
DM – Diabetes Mellitus
DNV – Declaração de Nascidos Vivos
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAC – Hipertensão Arterial Crônica
HC – Hipertensão Crônica
HELLP – Elevated Liver Functions Tests
HG – Hipertensão Gestacional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS – Ministério da Saúde
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NHBPEP – National High Blood Pressure Education Program
NTG – Neoplasia Trofoblástica Gestacional
NTI – Núcleo de Tecnologia da Informação
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PD – Pressão Diastólica
PDHC – Pré-Eclâmpsia Sobreposta à Hipertensão Crônica
PEG – Pré-Eclâmpsia Grave
PEL – Pré-Eclâmpsia Leve
PES – Pré-Eclâmpsia Superajuntada
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIG – Pequenos para a Idade Gestacional
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PS – Pressão Sistólica
PSF – Programa Saúde da Família
RMM– Razão de Mortalidade Materna
RN– Recém-Nascidos
SHG – Síndrome Hipertensiva Gestacional
SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SPSS – Programa Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Geral.....	23
2.2	Específico.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Contexto das Políticas Públicas da Saúde da Mulher e Assistência Pré-Natal.....	24
3.2	Clínica e Epidemiologia da Síndrome Hipertensiva Gestacional.....	31
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	Tipo de estudo.....	38
4.2	Caracterização do local de estudo.....	39
4.3	População e amostra.....	40
4.4	Coleta dos dados.....	41
4.5	Organização e análise dos dados.....	42
4.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	43
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
6	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICES.....	93
	ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

Mesmo com os avanços na assistência obstétrica no último século, particularmente no campo da tecnologia, a morbimortalidade materna ainda acompanha a gravidez, parto e puerpério. Portanto reduzir a mortalidade materna continua sendo um grande desafio de saúde pública em nosso país. Sabe-se que as mortes maternas podem ser prevenidas quando se dispõe de conhecimento e tecnologia, aliada a implementação de políticas públicas, baseada no fortalecimento do acesso a métodos de planejamento familiar, atenção pré-natal, parto e nascimento, capaz de assegurar o direito à maternidade sem risco.

Destaca-se deste conjunto de ações a assistência pré-natal como uma tecnologia considerada leve (acolhimento e relação pessoal) e dura (protocolos), sendo considerada uma tecnologia de ponta, mas que depende das atitudes e das condutas dos profissionais da saúde (MERHY; ONOCKO, 2002).

Acredita-se que, mais do que tecnologia, a mulher está carente de cuidado, portanto a provisão de assistência deve estar centrada nas suas necessidades. Aspecto este que foi discutido no documento internacional da política *Changing Childbirth* (Mudando o Parto) - *Department of Health* em 1993, que se tornou o foco da assistência materna pelo encontro das necessidades dos profissionais para ouvir e responder às aspirações da mulher (NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL, 2009).

Essa questão é enfocada no *National Framework Service* (Sistema de Serviço Nacional) (Department of Health 2004) e na educação pré-registro do *Nursing and Midwifery Council*, órgão que fiscaliza e regulamenta as ações e atribuições de enfermeiras obstetras de Londres (NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL, 2009). Quando se consideram aspectos particulares de assistência centrada na mulher devem incluir questões como: a gestante está envolvida no seu plano de cuidados e na sua subsequente implementação, seus familiares ou assistentes também estão envolvidos? Como posso garantir que ela continuará envolvida em futuras decisões sobre sua saúde? Quais as implicações de se garantir essa conduta para a mulher ou seu bebê em particular? Existe algum fator a considerar que possa influenciar os resultados desta conduta para a mulher ou seu impacto sobre ela? Precisa-se refletir, enquanto profissionais provedores de saúde, a partir da prática centrada na mulher.

A evidência obstétrica inclui muitos aspectos e as decisões que uma enfermeira toma a respeito de sua prática clínica serão influenciadas por uma série de fatores. Porém, na orientação citada acima, a assistência deve ser baseada sempre na “melhor” evidência e refletir, as diretrizes nacionais apropriadas (NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL, 2008). Dentro desta ótica, percebe-se que promover saúde é oportunizar as pessoas condutas capazes de influenciar a saúde e o bem-estar.

Almeida e Tanaka (2009) enfatizam que a importância de considerar a gestante como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses; não apenas em sua satisfação/insatisfação com relação ao atendimento recebido, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento; não apenas como objeto da ação, mas como detentor de um potencial de proatividade no que diz respeito ao controle das variáveis determinantes do processo saúde-doença para si próprio e em sua comunidade.

Sabe-se que essa prática ainda precisa ser alcançada na assistência pré-natal, embora muitos profissionais trabalhem com essa intenção e afimco, ou seja, atender à mulher com ética e dignidade. Faz-se necessário ainda aprender a respeitar antes de cuidar e/ou “tratar”.

No contexto nacional de acordo com o Ministério da Saúde (MS), toda e qualquer mulher tem o direito de ser bem cuidada durante sua gestação. Segundo Spindola, Penna e Proganti (2006, p. 302), o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal “é uma atividade prevista nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo MS e desenvolvida pelos profissionais de saúde nos hospitais e nos centros de saúde da rede básica”.

A gravidez é um processo fisiológico que traz ao organismo materno uma série de mudanças físicas e emocionais. Portanto, durante a assistência pré-natal, o profissional de saúde desempenha papel fundamental na condução e transmissão de apoio, orientação e confiança para que a gestante possa caminhar com mais autonomia durante a gestação e o parto (FREITAS, 2006; BASTON; HALL, 2010).

Contudo sabe-se que o acompanhamento pré-natal sistemático e de qualidade continua sendo a melhor forma de prevenir complicações obstétricas, pois possibilita a identificação prévia do risco gestacional (BEZERRA et al., 2005).

O pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua com segurança. Deve incluir aspectos fundamentais como: receber com dignidade a gestante e seus familiares, fornecer informações de forma clara e que promova o entendimento pelas usuárias e, adotar condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento. Assim, a atenção básica à mulher no ciclo gravídico-puerperal compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar e tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto (SOUZA et al., 2007).

Nessa mesma ótica Freitas (2006) enfatiza que o objetivo do pré-natal é assegurar o bom andamento das gestantes de baixo risco, e também identificar adequada e precocemente quais as gestantes têm mais chance de apresentar uma evolução desfavorável, quer para o feto, quer para a mãe. Essa parcela é a que constitui o grupo chamado gestantes de alto risco.

O atendimento à gravidez de risco exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as repercussões sobre as dinâmicas familiares, estado emocional; enfim, sobre a mulher, seu conceito e sua família, considerando-se os aspectos biopsicossocioculturais e espirituais (GOUVEIA; LOPES, 2004).

Em estudo realizado por Khan et al. (2006), evidenciou-se que as síndromes hipertensivas, juntamente com as hemorragias são as complicações que mais contribuem para a mortalidade materna nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe estas mortes representam 25,7% e nos países desenvolvidos, 16,1%. As gestantes que desenvolvem essa patologia fazem parte da população com gravidez de alto risco, a qual pode ser definida como a gestação em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de agravamento do que a média da população considerada (BRASIL, 2000).

A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), pode se manifestar de várias formas clínicas, tais como: Hipertensão Gestacional (HG), Hipertensão Arterial Crônica (HAC), Pré-Eclâmpsia Leve (PEL), Pré-Eclâmpsia Grave (PEG), Pré-Eclâmpsia Superajuntada (PES), Eclâmpsia (E) e Síndrome HELLP e necessita de um acompanhamento pré-natal adequado para que ocorra o diagnóstico precoce e a conduta profissional de acordo com as necessidades. Vale salientar que após a 20ª semana de gestação a elevação da pressão sistólica (PS) ≥ 140 mmHg e pressão diastólica (PD) ≥ 90 mmHg e/ou presença de proteinúria são

achados que deverão ser perseguidos durante toda a gestação (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

A incidência de Hipertensão Arterial Sistólica na gestação é de 10%, independentemente de sua etiologia, é a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, chegando a 35% dos óbitos, decorrente de complicações como eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo dos pulmões, insuficiência renal aguda e coagulopatias (FUSTINONI, 2006).

Por meio da identificação de uma das formas clínicas citadas anteriormente, que caracterizam uma gestação de alto risco, a gestante deverá continuar o seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme orientação dos protocolos do Ministério da Saúde, porém deverá ser referenciada para a atenção especializada que, após avaliação, deverá contra-referenciar a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez em consultas intercaladas com o médico obstetra. O MS em seu último manual sobre pré-natal e puerpério deixa clara a importância da gestante, independente da sua classificação de risco, continuar sendo acompanhada tanto pelo médico como pelo enfermeiro na atenção básica, destacando a relevância das atividades de educação em saúde realizadas principalmente por este último profissional (BRASIL, 2005).

Salienta-se que o encaminhamento deve ser realizado quando há vantagens claras da transferência de unidade para a mulher. A avaliação especializada pode ser na forma de uma interconsulta, com retorno da gestante à unidade de origem, ou pode ser aceita como transferência, se os cuidados assim exigirem. Em ambas as situações, a responsabilidade de acompanhamento do caso permanece com a unidade de saúde de origem, que deve manter vínculo com a usuária e sua família. Porém muitas vezes isso não corresponde a nossa prática, e muitas gestantes ficam aguardando condutas ou orientações e ao mesmo tempo convivendo com as mazelas oriundas das patologias de risco (SÃO PAULO, 2010).

Nesse contexto, a realização de algumas estratégias pode ajudar a prevenir dificuldades potenciais decorrentes das diferentes propostas de conduta entre profissionais da atenção primária e especializada: o uso de um protocolo unificado de condutas por todos os serviços, a participação ativa e informada da mulher e seus familiares, a utilização de documentação da evolução clínica através de cartão da gestante, relatório de encaminhamento e comunicação verbal entre os profissionais envolvidos (SÃO PAULO, 2010).

Estudos sobre qualidade da assistência pré-natal como de Cunha, Oliveira e Nery (2007) revelaram comprometimento da qualidade dessa atenção. Fatos como a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de óbitos maternos no Brasil. E ainda pelo fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2005).

Verifica-se como avanço a crescente procura da gestante pela consulta pré-natal, porém questiona-se veementemente a qualidade dessa assistência. Conforme pesquisa realizada pelo MS evidenciou-se o aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto, em 2005 (BRASIL, 2005).

Embora a manutenção do crescimento dessa razão seja um bom indicativo, não se pode afirmar que esse incremento seja devido ao PHPN. A questão do acesso, embora classicamente avaliada de forma quantitativa, merece um olhar qualitativo que possa perceber se o programa incluiu justamente as mulheres que estão em franca desvantagem social, por fatores como: localização, região, escolaridade, raça/etnia ou renda. Estudos de avaliação são necessários para complementar esta análise.

Em estudo documental realizado com dados do pré-natal de 321.507 gestantes realizados no Estado do Ceará com o objetivo de analisar indicadores de processo no PHPN entre os anos de 2001 a 2006, evidenciou como ponto importante uma média de seis consultas de pré-natal, porém destacam-se como inaceitáveis as lacunas observadas acerca dos exames de laboratório e imunização do tétano (PASSOS; MOURA, 2008).

Portanto, percebe-se que a prevalência de distúrbios hipertensivos como causa principal de morte em gestantes vem persistindo mesmo com a implantação de estratégias direcionadas à saúde da mulher nas últimas décadas. A falha no acompanhamento pré-natal pode permitir que pacientes evoluam de uma morbidade qualquer durante a gestação para situações mais graves, não interrompendo o trajeto: gestação saudável - gestação patológica.

Saviato et al. (2008) verificaram em estudo realizado em Santa Catarina, a hipertensão como responsável por 20% das mortes maternas no Estado. Ainda relatam que as complicações da hipertensão gestacional são passíveis de prevenção com a ampliação da

cobertura pré-natal, preparação do pessoal de assistência, incluindo atenção primária, diagnóstico precoce de pacientes de alto risco e um sistema de referência rápido para centros de atenção terciária.

Porém a magnitude da mortalidade materna se relaciona com as deficiências no acesso e na qualidade dos serviços e ações de saúde e à precariedade das medidas de prevenção e promoção da saúde reprodutiva e sexual. A não continuidade das ações, a falta de integração entre os níveis assistenciais e entre os profissionais, assim como a falta de vínculo das mulheres com os serviços e suas equipes concorrem para a redução da qualidade da atenção à saúde reprodutiva e sexual e, portanto, para a morte materna (MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. São também mortes maternas aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro (BRASIL, 2006).

As mortes maternas obstétricas podem ser classificadas como diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (ex.: hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico) (BRASIL, 2006).

As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (ex.: cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas). A mortalidade materna representa grave problema de saúde pública. Estima-se que 600.000 mulheres morram anualmente no mundo durante o ciclo gravídico-puerperal (mais de uma morte materna por minuto), sendo que 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Esses países são responsáveis por 86% dos nascimentos em todo o mundo (WHO, 2003).

Por ser considerada a mortalidade materna um bom indicador da realidade social, este ainda se mostra preocupante no Brasil, pois continua em patamar elevado no país; ou

seja, milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Países como Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto que países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2007).

Se estes países tivessem condições de saúde semelhantes aos países desenvolvidos a maioria (80%) desses óbitos poderiam ser evitados. A avaliação dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos mundiais, evidenciou, nos países desenvolvidos, média de sete mortes maternas, com variação de quatro a quatorze, para cada 100.000 nascidos vivos. Na Ásia, América Latina e África as médias foram respectivamente, de 37, 71 e 498 (BETRÁN et al., 2005).

A análise das causas das mortes maternas em revisão sistemática realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstrou que na África e Ásia a principal razão de morte foram os quadros hemorrágicos. Na América Latina e Caribe o motivo líder dos óbitos foi a hipertensão (KHAN et al., 2006).

Vale destacar, portanto, que a maioria dos óbitos é decorrente de causas obstétricas, principalmente diretas, sendo evitáveis em sua quase totalidade. Nesse contexto de tamanha gravidade, dados estatísticos mostram porque esse assunto merece preocupação. A grande maioria dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. De acordo com Alencar Júnior (2006), Khan et al. (2006) e Brasil (2007), hipertensão gestacional constitui motivo líder dos óbitos maternos.

Segundo dados do MS, no Brasil, entre os anos de 2004, 2005 e 2006 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) apontaram cifras respectivamente de 76,1, 74,7, e 77,2 por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2010a).

A Organização Mundial da Saúde considera até 20 mortes por 100 mil NV índices aceitáveis de mortalidade materna, além disso, classifica a mortalidade materna como baixa (até 20), média (20 a 49), alta (50 a 149) e muito alta (acima de 150/100 mil NV) (OMS, 2005). Portanto, considerando a classificação da OMS nossos índices continuam altos

Segundo levantamento do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) entre os principais prejuízos deixados consequentes aos óbitos maternos são: desestruturação familiar, mortalidade infantil, menores abandonados e violências dimensionadas (UNICEF, 2008).

No Ceará, a taxa de mortalidade materna era de 86,6 por 100.000 nascidos no ano de 2005 e 2006 de 77,2 e caiu para 64,1 óbitos no ano de 2007. Fazendo uma análise da série histórica no período de 1997 a 2005 ocorreram 1096 mortes maternas, com média de 121 óbitos por ano, variando de 110 em 1997 a 131 em 2005. Destacando que o Ceará é o estado do Nordeste que mais reduziu a quantidade de mortes, de 110 em 1990 para 63 em 2008. Mesmo com a redução, ainda há um caminho longo a percorrer. Para mudar essa realidade, o Estado criou, em 2007, o Comitê Estadual de Mortalidade Materna, que estabeleceu como meta reduzir, até 2010, em 50% esta taxa. (CEARÁ, 2007).

Entretanto, estudos apontam que a partir do ano 2000 houve uma maior estabilização da mortalidade materna, mas os resultados reforçam que a Síndrome Hipertensiva Gestacional ainda se constitui em uma das principais causas de morte materna em nosso país (BRASIL, 2008a).

Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, que não possui boas condições socioeconômicas, ocorrem 90% das mortes maternas mundiais. Nestes, a hipertensão continua como causa líder, seguida por sangramento, anemia, abortamentos provocados e infecções (YAYLA, 2003). A mortalidade materna por Síndrome Hipertensiva Gestacional pode variar em cerca de 60% a 80% e a fetal pode atingir de 56% a 75%, ou seja, a Síndrome Hipertensiva Gestacional é responsável por um alto índice de mortalidade materna e fetal (FERRÃO et al., 2006).

A mortalidade materna ainda é um problema presente na sociedade, com índices altos e resultantes da inter-relação de vários processos. É necessário pensar e concretizar medidas apropriadas ao seu enfrentamento, levando em conta as peculiaridades dos diferentes grupos e contextos.

A questão do acesso, embora avaliada quantitativamente, merece uma investigação que possa perceber se o programa incluiu justamente as mulheres que estão em franca desvantagem social, seja por localização, região, escolaridade, raça/etnia ou renda. Estudos de

avaliação são necessários para complementar esta análise. Por outro lado, como a ideia, no senso comum, de “fazer pré-natal” é ter certo número de consultas, mesmo a permanência de determinados dados epidemiológicos como a alta taxa de sífilis congênita, não parece sensibilizar a maioria dos profissionais. No Brasil, onde teoricamente quase 90% das mulheres fazem pré-natal com profissionais de saúde qualificados, enfermeiros ou médicos, e onde a média de consultas no SUS, está acima de quatro consultas por mulher, deveriam ser esperados melhores indicadores (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

A assistência materna apresenta outros claros sinais de descaso, como o número de mulheres com prontuários sem anotações e cartões de acompanhamento não preenchidos (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; PUCCINI et al., 2003). Por isso, a assistência pré-natal deve ser universalmente realizada, diferindo no objetivo, no conteúdo, no número de consultas e no tipo de pessoal que presta a assistência segundo o grau de risco que a gestante apresenta.

Salienta-se ainda que as práticas de saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, entendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhore o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e ao seu momento de vida (BRASIL, 2004a).

Nesses termos, melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, portanto, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde reprodutiva. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos já estabelecidos e constituídos.

Percebe-se que é notória a precariedade dos serviços públicos de saúde. Muitas vezes as gestantes não conseguem realizar os exames necessários durante o pré-natal ou atingir o número satisfatório de consultas devido à falta de recursos. Pode-se observar também, uma grande parcela de profissionais de saúde descomprometidos com a qualidade dos serviços prestados. Concorda-se com Trevisan et al. (2002), quando enfatiza que a captação precoce, identificação do risco gestacional, intervenções necessárias e melhoria do atendimento são pontos determinantes na assistência à saúde materna.

Corroborando com esta questão, pesquisas qualitativas sobre assistência pré-natal indicam que a qualidade da assistência representa o nó crítico principal, mantendo-a como tema permanente de preocupação e discussão (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; VICTORA; BARROS, 2001).

Assim, patologias como a Síndrome Hipertensiva Gestacional ainda protagoniza o cenário das mortes maternas no Brasil, contribuindo para elevar as taxas a patamares inaceitáveis, fato esse que poderia ser mudado caso fossem oferecidos às gestantes serviços de saúde prestados com qualidade e compromisso.

Ressalta-se nesse novo modelo assistencial ao parto, que o PHPN, enfatiza o papel do enfermeiro, enquanto profissional que cuida e assume a responsabilidade primeira com a implantação da Política de Humanização, por ser o profissional de saúde que tem a maior permanência nos hospitais e maternidades, podendo acompanhar as gestantes em tempo integral (BRITO; SATO, 2002).

Diante desta constatação, justificou-se a necessidade de realizar um estudo para avaliar o acompanhamento pré-natal de mulheres com síndrome hipertensiva gestacional, trilhado até a resolução do parto; pois, apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como a qualidade da atenção prestada, a relação entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna.

Durante a vivência em uma maternidade de referência abordando a gravidade dos aspectos clínicos e sociais da Síndrome Hipertensiva Gestacional, enquanto enfermeira obstetra, assistindo gestantes, observou-se por meio da interação com essas mulheres, e por meio da avaliação do cartão pré-natal, que muitas não comparecem as consultas, ou, quando o fazem, demonstram ter pouco conhecimento acerca de orientações necessárias que deveriam ser oferecidas durante o acompanhamento pré-natal.

Muitas vezes, é durante a admissão hospitalar da gestante em trabalho de parto ou por outras queixas pertinentes a doença hipertensiva que são identificados fatores de risco que deveriam ter sido detectados e manejados no acompanhamento do pré-natal. A finalidade deste estudo foi conhecer a trajetória de mulheres que tiveram diagnóstico de Síndrome

Hipertensiva Gestacional (SHG) atendidas na rede pública de saúde, a partir da contextualização do atendimento no pré-natal e do tratamento realizado na rede básica ao serviço de referência, considerados espaços institucionais.

O interesse pelo tema foi despertado a partir da trajetória profissional há treze anos trabalhando no centro obstétrico, de onde geralmente as condutas resolutivas da gravidez são determinadas. Convive-se com a realidade da mulher, geralmente insegura e fragilizada, bem como rodeada de incertezas e, às vezes, somada à impotência dos profissionais de saúde diante do quadro clínico adverso da paciente. Também pelo fato de existirem questões relacionadas à dimensão do processo saúde-doença que necessitam ser mais exploradas durante o pré-natal e puerpério.

O que induz a reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro no centro obstétrico, convivendo com o risco gestacional do binômio e a questionar o que pode ser feito para minimizar e/ou reduzir os índices do SHG. Portanto, o presente trabalho é de relevância para a equipe interdisciplinar que atende essa díade, que se propõe compreender as dificuldades na prática da assistência à mulher, bem como da família que muitas vezes desconhece as implicações da patologia. Além disso, servirá de subsídio para o profissional, traçar intervenções que possam promover mudanças no modelo assistencial.

Devido à importância da pré-eclâmpsia no cenário mundial, se reconhece a necessidade de mais estudos que possam ajudar na diminuição das taxas de morbimortalidade materno-fetal (SIBAI; DEKKER; KUPFERMINC, 2005). Assim, acredita-se que este estudo foi adequado para o alcance dos objetivos propostos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a assistência pré-natal de mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional;
- Analisar a assistência Pré-Natal oferecida às gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional de acordo com o preconizado pelo PHPN/MS;
- Investigar a evolução clínica da patologia em mulheres admitidas por Síndrome Hipertensiva Gestacional;
- Verificar a existência de associação entre a Assistência Pré-Natal ofertada e o desfecho da Síndrome Hipertensiva Gestacional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto das Políticas Públicas da Saúde da Mulher e Assistência Pré-Natal

Atualmente, as políticas de atenção a saúde da mulher dedicam atenção a todas, ou pelo menos a maioria das situações que possam envolver a mulher durante sua vida. Entretanto, nem sempre foi assim: inicialmente, o único estágio da vida da mulher que foi lembrado por nossas políticas foi o período gestacional. Deve-se isto ao fato de termos vivido e vivermos em uma sociedade patriarcal, que, em épocas remotas, reconhecia a mulher somente como reprodutora e principal cuidadora do lar.

Mesmo com o aumento da abrangência de atividades presentes na vida da mulher, já que passou a assumir importante papel no mercado de trabalho em diversos países, inclusive no Brasil, ela não deixou de exercer estes papéis, de forma que as políticas que abordavam estes aspectos nunca se tornaram obsoletas.

Com a perspectiva de fundamentar melhor o contexto da saúde da mulher, faz-se necessário um breve regaste histórico das políticas de saúde direcionadas a assistência à mulher.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, neste período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas do MS, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 dirigidos a população materna e seu infante, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares numa perspectiva funcionalista de Talcott Parsons, na época, visão hegemônica na sociologia americana e que influenciaram as abordagens sobre família no mundo ocidental. Para o sociólogo americano, a mulher tinha um papel expressivo (BRASIL, 2004b).

Em 1984, o Ministério da Saúde, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) a fim de romper o vigente conceito e princípios norteadores da política de saúde das mulheres, bem como os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Outro programa criado pelo Ministério da Saúde que merece destaque é o Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008a).

Baseia-se em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território rural ou urbano com limites geográficos definidos (BRASIL, 2008a).

O PSF iniciou-se no país, tendo como um de seus objetivos ampliar a atuação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciado em 1991, construindo uma parceria de trabalho na qual um programa interagiria com o outro, facilitando e complementando sua atuação (MARQUES; SILVA, 2004).

O Programa Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde, que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, cujo objetivo principal é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde lançou mão desse programa com o intuito de romper o modelo hospitalocêntrico assistencial vigente em nosso país, buscando a reorientação dos serviços de saúde baseados na participação da família e da comunidade, onde as equipes de saúde são responsáveis não só pela reabilitação do paciente, mas também por ações de promoção, de prevenção e de manutenção da saúde da comunidade.

A atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família vem se consolidando de forma bastante significativa, já que a assistência de enfermagem no ESF é bastante abrangente, seja nos atendimentos dentro dos centros de saúde ou através de visitas

domiciliares, esse profissional vem ganhando um grande respaldo para desenvolver suas atividades em benefício da saúde da comunidade.

Dentre as atuações específicas do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se citar realização de cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; consulta de enfermagem e solicitação de exames; planejamento gerência, coordenação, execução e avaliação da Unidade; ações de assistência integral nas áreas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, saúde do adulto e do idoso; dentre outras (BRASIL, 2001).

Portanto, infere-se que a Estratégia Saúde da Família também vem a ser considerada como um avanço no campo referente à saúde da mulher, visto que dentre os programas que compõe essa estratégia, alguns estão voltados especificamente para a promoção da saúde dessa camada da população.

As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns que passam a estruturar uma coletividade de interesses. Segundo uma definição estipulativa, toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular. Os elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização (BUCCI, 2006).

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da portaria/GM nº 569, a fim de qualificar as práticas de atenção à saúde da mulher. Esta iniciativa do Ministério da Saúde visava reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000). Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desrespeito aos direitos reprodutivos constituem uma má assistência, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tinha como pilares o respeito aos direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma

articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações. Desta forma, poderá reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

O conceito de humanização segundo a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde é a oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2003a, 2004b). A qualidade da assistência, que para ser atingida depende da gestão de qualidade e da gestão clínica, portanto é preciso que cada serviço de saúde, independente de sua complexidade, invista nas duas gestões e conheça a sua realidade e os seus dados. Somente o registro e a divulgação dos dados e das evidências permitem sustentar os argumentos e os debates que buscam melhorar a qualidade da assistência.

Segundo a filosofia do PHPN, a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro relaciona-se à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais, reconhecendo que a instituição deve organizar-se de maneira a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimento benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002a).

O PHPN define que para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados: - atividades: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; garantir os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta;

VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta. Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. O PHPN recomenda ainda a proximidade geográfica com a residência da gestante como único critério de referência para o local de realização do controle pré-natal (BRASIL, 2000).

Para acompanhamento do PHPN foi criado um Sistema de Informação sobre Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que considerado fundamental no programa. Esse sistema de informações deveria monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; BRASIL, 2010a).

Em Maringá, Nagahama e Santiago (2006) evidenciaram que os fatores que contribuíram para o início tardio da assistência pré-natal para 44,5% das gestantes foram os relacionados ao serviço: a busca por melhor qualidade no atendimento e a dificuldade para ingresso precoce no pré-natal do Hospital Universitário de Maringá. Observou-se ainda que não houve inadequação dos cuidados recebidos, indicando que as consultas de pré-natal foram garantidas para todas as gestantes inscritas no programa. Dessa forma, observou-se que a inadequação do cuidado foi atribuída ao início tardio da assistência pré-natal e não ao número insuficiente de visitas, pois o número médio de consultas foi superior aos parâmetros nacionais recomendados.

Assim, a história das mulheres na busca pelos serviços de saúde, expressa, com frequência, discriminação e frustrações que aparecem como fonte de tensão e mal-estar psicofísico. Hoje a população feminina brasileira acima de 10 anos de idade é estimada em 72.921.373, das quais 70% são usuárias do SUS. Desta forma, a humanização e a qualidade da atenção que norteiam a atual proposta de saúde devem promover o reconhecimento e o

respeito aos direitos humanos da mulher, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar (BRASIL, 2004b).

Considerando que atualmente ainda é no hospital que se desenvolve a assistência obstétrica, para que ela seja efetivamente humanizada no parto e nascimento como preconiza o MS, é necessário que as instituições sejam adequadas física e administrativamente, e os profissionais devem estar envolvidos e conscientes da importância de sua atuação. Para isso, torna-se relevante compreender o outro como sujeito ativo, pois na medida em que isso acontece, singulariza cada mulher e cada parto que ajuda a realizar. Além disso, é essencial que a mulher seja orientada sobre as novas tecnologias apropriadas para o parto e nascimento, a fim de decidir sobre o cuidado que deseja receber (CONCEIÇÃO, 2004). Conseqüentemente, isso deve levar as instituições que prestam esse serviço à mulher, implantarem e ampliarem a humanização no parto e nascimento.

Nesta semelhante direção, em 2004, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM), sendo construída a partir dos pressupostos do SUS, respeitando as características da nova política de saúde vigente. O PNAISM tem por objetivo, reduzir a mortalidade materna por causas previsíveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuem para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Salientando que para conseguir este objetivo, a melhoria da qualidade pré-natal é peça fundamental na construção de uma assistência adequada (BRASIL, 2004a).

Em se tratando do pré-natal, Carvalho e Araújo (2007), avaliaram a assistência pré-natal com 612 gestantes na cidade do Recife onde identificaram a cobertura de pré-natal de 96,1%, sendo a média de consultas de 5,3. Apenas 38,0% das mulheres iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizaram seis ou mais consultas. Dentre as entrevistadas, 31% tiveram peso, pressão arterial, altura uterina e os batimentos cardíacos aferidos em todas as consultas. A atenção pré-natal foi considerada adequada em 17,8% e não-adequada em 82,2% dos casos. Ou seja, a assistência pré-natal disponível para as gestantes na cidade do Recife, apesar de apresentar elevada cobertura, deve ser revista do ponto de vista qualitativo.

Diante destas considerações, percebem-se várias estratégias de incentivo, infelizmente isoladas e muitas vezes até contrapostas, o que denuncia a falta de articulação das ações básicas de saúde. Divulga-se um cuidado, modelo de assistência ideal, que não se concretiza, pois coincide com a grave crise econômica, política e social e esbarra na limitação

do Estado de suportar tamanha demanda e ficamos, infelizmente, muitas vezes, somente na esfera do discurso.

Sendo assim, a assistência pré-natal tem-se apresentado de forma transversal nas políticas públicas dirigidas à mulher, e deve congrega diretrizes e ações que atendam às reais necessidades da mulher, levando em consideração os fatores intrínsecos e extrínsecos que fazem parte do cotidiano da mesma.

Em estudo realizado por Serruya, Lago e Cecatti (2004), vislumbrou-se que a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a assistência ao parto levam as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas periparto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis. Neste panorama da situação obstétrica, a desumanização deste momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento são consideradas questões emblemáticas a serem enfrentadas.

Sendo assim, concorda-se com o MS ao afirmar que: A integração das equipes do PSF e dos ACS ao PHPN deve ser promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e cada equipe de saúde deve ser sensibilizada para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, seus fundamentos e a importância de humanizar e qualificar a atenção à gestante e suas repercussões positivas: maior adesão ao pré-natal, melhor qualidade na assistência e melhores resultados obstétricos e perinatais com mãe e RN saudáveis (BRASIL, 2010b).

Na tentativa de solucionar a problemática da descontinuidade do atendimento de referência ao pré-natal de alto risco, concorda-se com o Ministério da Saúde ao relatar que: A UBS onde foi identificado o risco gestacional deverá manter o acompanhamento da gestante encaminhada ao pré-natal de alto risco. Isto pode ser feito através das informações gerenciais disponíveis nos relatórios do SISPRENATAL sobre o acompanhamento da gestante, através do PSF/ACS ou de um sistema de contra-referência efetivo (principalmente informando sobre as gestantes faltosas). Pode ainda ser realizado o agendamento de retorno da gestante à unidade básica para confirmação do seu acompanhamento no pré-natal de alto risco e/ou ainda, a manutenção da sua participação em grupo educativo na unidade básica (BRASIL, 2010b).

3.2 Clínica e Epidemiologia da Síndrome Hipertensiva Gestacional

Apesar da fisiopatologia da pré-eclâmpsia ainda ser desconhecida, é amplamente aceito, atualmente, o fato de que a isquemia da placenta é um fator primordial. Durante o início do segundo trimestre da gestação (entre a 18ª e 20ª semana) instala-se um processo referido como “pseudovasculogênese”, caracterizado pela migração dos citotrofblastos em direção às arteríolas uterinas espiraladas onde sofrem diferenciação em células com fenótipo endotelial. Nesse processo, ocorre remodelamento gradual da camada endotelial desses vasos e destruição do tecido elástico-muscular das artérias e arteríolas, tornando-as mais dilatadas (PRIDJIAN; PUSCHETT, 2002; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Na pré-eclâmpsia, a invasão das artérias espiraladas do útero é limitada, sendo que apenas entre 30 e 50% das artérias sofrem a invasão do trofoblasto. A média do diâmetro das artérias espiraladas de gestantes com pré-eclâmpsia é metade daquela observada na gravidez normal (PRIDJIAN; PUSCHETT, 2002). Essa falência do remodelamento vascular impede uma resposta adequada ao aumento da demanda do fluxo sanguíneo que ocorre durante a gestação, diminuindo a perfusão útero-placentária e provocando isquemia da placenta. Mas qual seria a origem da pre-eclâmpsia? Pergunta a pesquisa de Cavalli et al. (2009) onde aborda a predição de pré-eclâmpsia.

O próprio autor enfatiza esse questionamento, respondendo: “Essa pergunta continua sem resposta”. Outra autora que investigou a questão da predição da pré-eclâmpsia usando como metodologia uma revisão da literatura baseada nas evidências disponíveis foi Amorim et al. (2008), em que a autora enfatiza que a identificação de pacientes de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, seja por fatores associados ou por testes preditores, seguindo-se de intervenções profiláticas poderia prevenir ou retardar a apresentação clínica da doença ou até mesmo reduzir a sua gravidade.

Porém, de acordo com os achados da pesquisa, atualmente não existe nenhum teste para predição da pré-eclâmpsia largamente aceito. No entanto, aplicando-se critérios clínicos e dopplervelocimétricos, é possível identificar mulheres com risco aumentado de desenvolver a doença. Corroborando ainda com a autora, Cavalli et al. (2009) acrescenta que a importância da predição de quais mulheres 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.

De acordo com um consenso realizado em 2000 nos EUA (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy), através de uma combinação de medicina baseada em evidências com a opinião de especialistas, a definição de pré-eclâmpsia é dada por hipertensão (pressão arterial sistólica maior ou igual que 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual que 90mmHg), que surge depois de 20 semanas de gravidez, associada com proteinúria (excreção de proteína na urina) 300mg nas 24 horas (NHBPEP, 2000).

As diversas formas clínicas da Síndrome Hipertensiva Gestacional são definidas como o aumento da pressão arterial além de 140/90 mmHg e/ou proteinúria, onde normalmente acometem as gestantes após a 20ª semana da gravidez. No Brasil, SHG foram responsáveis por 20 a 30% do total das mortes maternas, seguido pelas hemorragias com 10 a 20% e pelas infecções com menos de 10% das mortes (MATIA et al., 2009).

A hipertensão arterial está entre as causas mais frequentes de morte materna. Entre os tipos presentes na gravidez destacam-se as manifestações específicas, isto é, a pré-eclâmpsia e a hipertensão gestacional, definidas clinicamente por aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria. Na fase inicial a doença é assintomática, porém, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, sua evolução natural é desenvolver as formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP. Eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas. Pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto e no puerpério imediato. É comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente (distúrbios do sistema nervoso central, visuais e gástricos).

A associação de hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática já eram relatadas na literatura na década de cinquenta (PERAÇOLI; PARPINELI, 2005). A hipertensão complica cerca de 10% de todas as gestações, e pode se apresentar como pré-eclâmpsia (ou, nos casos mais graves, eclâmpsia), hipertensão crônica, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta e hipertensão gestacional.

A presença de edema não faz mais parte dos critérios diagnósticos, porque não apresenta correlação com o prognóstico gestacional, visto que grávidas perfeitamente

normais podem apresentar edema, mesmo edema generalizado. Exames como hemograma, uréia, creatinina, ácido úrico, contagem de plaquetas, testes de função hepática (transaminases) e bilirrubinas fazem parte da propedêutica complementar, mas não dos critérios diagnósticos. Estes exames servem para avaliar a gravidade da pré-eclâmpsia, mas o diagnóstico não depende de sua alteração. A Síndrome HELLP é uma forma agravante da pré-eclâmpsia que cursa com hemólise (*Hemolysis*), elevação das enzimas hepáticas (*Elevated Liver Functions Tests*) e plaquetas baixas (*Low Platelets*). Diagnóstico laboratorial - Hemólise: esfregaço sanguíneo alterado - esquizócitos, equinócitos, poiquilócitos; bilirrubinas totais >1,2mg/dL; DHL >660U/ml. Elevação das enzimas hepáticas: TGO >70U/mL; DHL >600U/mL; plaquetopenia; plaquetas <150.000/mm³. Conduta imediata - Estabilização do quadro clínico: transferir a paciente para centro hospitalar de recurso especializado e UTI; tratamento convencional da coagulopatia; profilaxia anticonvulsivante com sulfato de magnésio; tratamento da crise hipertensiva, se houver interrupção da gravidez. Conduta pré e peri-operatória: anestesia geral; parto por cesárea, com incisão mediana; transfusão de plaquetas antes da cirurgia, se o nível de plaquetas estiver abaixo de 50.000/mm³. Aparecimento de convulsões em paciente com pré-eclâmpsia, sem causa identificável, trata-se de eclampsia, esta condição pode ocorrer em pré-eclâmpsia leve ou até mesmo na ausência de aumento das cifras tensionais; HAS crônica - identificada antes da gravidez ou diagnosticada antes da 20ª semana, ou que aparece pela primeira vez na gravidez e persiste depois do 42º dia após o parto. É importante salientar que este diagnóstico pode ser dificultado pela existência de redução fisiológica da Pressão Arterial no 2º semestre da gravidez, quando a paciente é vista pela primeira vez nesse período gestacional (MANO, 2009).

Na grávida o padrão pressórico possibilita 80.000 a 140.000 registros durante um período de 24 horas, com uma importante variabilidade. Assim, a mensuração convencional da pressão arterial, por meio de medidas isoladas, é bastante limitada. Daí a importância de se obterem múltiplas leituras para uma melhor avaliação desse fenômeno hemodinâmico (HALLIGAN; O'BRIEN; O'MALLEY, 1993).

Nesses termos, percebe-se a relevância que permeia a prática rotineira e muitas vezes negligenciada da mensuração da pressão arterial. Os distintos quadros hipertensivos durante a gravidez ainda constituem a maior causa de morbimortalidade materno-fetal e, apesar da mensuração da pressão arterial na gestação ser um procedimento fundamental no acompanhamento obstétrico, a sua prática não é padronizada. A mensuração de pressão

arterial na gestante é um procedimento de singular importância, mas muitas limitações têm sido descritas (NHBPEP, 2000). Corroborando com essa questão, em estudo realizado por Melo e Saa (2000), percebeu-se que o surgimento da MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) na Gravidez, em comparação da variabilidade pressórica entre gestantes normotensas e hipertensas crônicas, permitiu a análise da variabilidade da pressão arterial, mas ainda não se encontram disponíveis valores de referência para gestantes que permitam estabelecer o padrão normal do comportamento desse fenômeno (MELO; SAA, 2000).

Em estudo realizado por Coelho e Martins (2004), observou-se que as síndromes hipertensivas da gravidez mantêm-se como as principais causas de mortalidade materna, assim como determinam significativo incremento da morbidade e mortalidade perinatal.

As gestantes hipertensas merecem cuidados especiais, exigem seguimento pré-natal diferenciado, exames laboratoriais específicos, avaliação fetal minuciosa e maior possibilidade de hospitalização durante a gestação, em vista dos riscos maternos e fetais associados. Vários fatores estão envolvidos no pior prognóstico materno e perinatal, como a época da instalação, principalmente a pré-eclâmpsia, que quanto mais precoce mais grave; a paridade, o acesso à assistência pré-natal, possibilitando o diagnóstico precoce das complicações maternas e perinatais. No entanto, considera-se relevante observar, de forma específica, o papel da proteinúria e seus graus de intensidade e sua correlação com os desfechos maternos e perinatais.

A pré-eclâmpsia é uma patologia que acomete a gestante após a 20ª semana de gestação com o desenvolvimento de hipertensão e de proteinúria. O surgimento de hipertensão arterial, em gestantes, é comprovado pela pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg verificadas em pelo menos duas ocasiões, com intervalo de quatro horas ou mais e proteinúria > 300mg/24h (BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2006).

A pré-eclâmpsia é responsável por grande parte das indicações de interrupção prematura da gestação tem sua etiologia ainda não esclarecida. Entretanto, a teoria mais aceita, atualmente, é a da "má placentação": uma invasão trofoblástica deficiente levaria a uma lesão endotelial com espasticidade difusa, associada à hipercoagulabilidade, inflamação, hiperlipidemia e resistência insulínica (MELO et al., 2009).

As pacientes acometidas podem evoluir, em casos mais graves, para episódios de eclâmpsia, edema agudo de pulmão, síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes e Low Platelet), AVC (acidente vascular cerebral) e necrose glomerular (com possível evolução para insuficiência renal). Por esse motivo, a pré-eclâmpsia é uma das causas mais importantes de internação em unidades de terapia intensiva obstétrica (KEIZER et al., 2006).

Ferrão et al. (2006), afirma que as síndromes hipertensivas que ocorrem durante a gestação (SHG) são classificadas em hipertensão crônica (HC), pré-eclâmpsia/eclâmpsia (PE), pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (PSHC) e hipertensão gestacional (HG). A HG forma mais freqüente, é relacionada a poucas intercorrências clínicas materno-fetais. A PE pode ocorrer em 5% das gestações, e suas formas graves ocorrem em 1%, culminando em crises convulsivas (eclâmpsia) em cerca de 0,05% dos casos. Essas síndromes ocorrem em 6% a 8% das gestações, contribuindo para a prematuridade e morbi-mortalidade perinatal devido à hipóxia intrauterina.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento das SHG estão a nuliparidade, extremos de idade materna, a cor e a obesidade. Gestantes com hipertensão estão predispostas a desenvolver complicações como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal. A rotura hepática é uma das mais sérias e catastróficas complicações da gravidez, sua incidência varia de 1:45.000 a 1:225.000 partos, e é usualmente associada à PE (FERRÃO et al., 2006).

Leal (2004) ressalta, em estudo realizado em Fortaleza, que ainda é impossível, tratando-se de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), hoje conhecida por Síndrome Hipertensiva Gestacional, falar em prevenção primária, pois sua etiopatogenia permanece desconhecida. No entanto, pode-se realizar a prevenção secundária baseada na anamnese, passando pela avaliação clínica e, por fim, fazendo uma avaliação laboratorial. Sendo assim, um pré-natal de qualidade tem a responsabilidade de preparar e orientar as gestantes acerca da gravidez, parto, puerpério e suas intercorrências.

Nesta mesma intenção, pesquisa realizada por Laurenti Jorge e Gotlieb (2004), nas capitais brasileiras apontou que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os transtornos hipertensivos, com quase 25%, praticamente a mesma proporção correspondente às causas obstétricas indiretas. Somente a doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e

eclâmpsia) totalizou 37% de todas as mortes obstétricas diretas. As complicações hemorrágicas, particularmente devidas à placenta prévia e descolamento prematuro da placenta, e outras hemorragias foram responsáveis por 9,0% do total e 13,3% das mortes obstétricas diretas. Esses dados indicam que a melhoria da assistência é fundamental. Embora no Brasil mais de 90% dos partos ocorram em hospitais e, em algumas regiões, cheguem praticamente a 100%, está claro que ainda precisa melhorar muito, ou seja, a assistência, incluindo os cuidados de pré-natal e uma adequada atenção ao parto e ao puerpério imediato.

A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode levar ao óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil (SAVE THE CHILDREN, 2007). Tem crescido o interesse no estudo dos casos de morbidade grave, particularmente casos de morbidade extremamente grave (near miss). A morbidade materna é um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério, e que pode terminar em morte. Os casos de morbidade extremamente grave são aqueles em que mulheres apresentam complicações potencialmente fatais durante a gravidez, parto ou puerpério, mas sobrevivem devido ao acaso ou ao bom cuidado hospitalar (STONES AL-AZZAWI; KELLY, 1991; AMARAL; LUZ; SOUSA, 2007).

Estudo realizado por Abbade (2005) confirma pesquisa citada anteriormente na qual ele relata que a incidência de eclâmpsia é variável, predominando em países em desenvolvimento. Enquanto os países desenvolvidos apresentam taxas entre 0,2 e 3,2 casos para cada 1.000 partos, naqueles em desenvolvimento as taxas são maiores, ocorrendo entre 0,5 e 21,4 casos para cada 1.000 partos. Em média, a incidência de eclâmpsia em cada 1.000 partos é de 1,3 nos países em geral, com valor de 0,6 nos países desenvolvidos e 4,5 nos países em desenvolvimento.

O consenso do *National High Blood Pressure Education Program* (NHBPEP), publicado em 1990 e reafirmado em 2000, na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados. Para o NHBPEP, o impacto dessas duas condições, sobre mãe e feto, é bem diferente, assim como seu controle.

Diante de diferentes classificações da hipertensão arterial na gravidez existentes na literatura, em 1990 o NHBPEP uma classificação, que foi atualizada em 2000 como: Hipertensão arterial crônica, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia e Hipertensão gestacional (ABBADE, 2005; ANGONESI; POLATO, 2007).

Salienta-se a importância de que a pré-eclâmpsia grave apresenta um prognóstico materno-fetal, preocupante, pelo fato de ocorrência de partos prematuros, e necessidade de internação em Unidade de Tratamento Intensivo neonatal, pois necessitam de suportes ventilatórios além de outros recursos tecnológicos que permitem sua sobrevivência até que o quadro clínico se estabilize (OLIVEIRA et al., 2006).

O feto pode evoluir com hipóxia, crescimento intrauterino restrito (CIUR), parto prematuro e morte perinatal. A prematuridade eletiva devido à interrupção da gestação por condições intra-uterinas adversas ou devido à gravidade do quadro clínico materno implica em altos índices de morbidade e mortalidade perinatal (CUNNINGHAM et al., 2001).

Costa H, Costa F e Costa L (2003), argumentam que alguns fatores de risco parecem definidos, como é o caso da primiparidade, enquanto outros permanecem aguardando definição. A idade materna é um deles. Há controvérsia se a gravidez nos extremos do período procriativo eleva os riscos das síndromes hipertensivas. A definição dos riscos gestacionais inerentes à gestação em idade avançada tem sido preocupação da obstetrícia, uma vez que cresce o número de mulheres em todo o mundo que retardam a primeira gravidez. A busca pela independência financeira, o maior tempo de formação requerido pelo mercado de trabalho moderno, as separações e novas uniões conjugais, aliados às possibilidades oferecidas pelos atuais métodos de anticoncepção e fertilização assistida contribuem para este fenômeno universal.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo de avaliação, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, que segue um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático para gerar informações sobre o mundo, e deve ser conduzida para descrever novas situações, eventos ou conceitos, examinar relações entre conceitos e ideias e determinar a eficiência de tratamentos (BURNS; GROVE, 2003).

O estudo avaliativo utiliza indicadores de processos ligados a consultas e exames laboratoriais, tendo como suporte teórico o modelo sistêmico de análise em saúde, que além do processo, inclui elementos ligados à estrutura e resultados. A análise da tríade processo estrutura resultado é importante recurso de avaliação de sistemas ou Programas de Saúde tomados em sua totalidade (DONABEDIAN, 1990). Porém, nos deteremos aos critérios relacionados ao processo e aos resultados, utilizando como referencial teórico para discussão dos resultados o PHPN que trata as questões pertinentes à assistência pré-natal e nascimento (BRASIL, 2000).

O delineamento transversal tem como principais vantagens a rapidez, o custo relativamente baixo e o fato de possuir atributos que permitem, a partir de amostragem representativa de uma população, descrever características da mesma e ainda explorar possíveis associações entre os fatores de risco estudados, desde que esta análise se submeta a um modelo pré-estabelecido, tendo como principal característica a coleta em uma única ocasião, cujos resultados podem definir as características demográficas e clínicas dos sujeitos envolvidos (HULLEY et al., 2008).

Ainda sobre a abordagem quantitativa, Leopardi (2001), explica que esta é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, deseja-se assegurar a objetividade e credibilidade dos achados, quando se necessita comparar eventos, ou quando for desejável replicar estudo.

4.2 Caracterização do local de estudo

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), referência em obstetria no estado do Ceará, particularmente desenvolvido nas unidades de Obstetria patológica destinada a receber pacientes com SHG, que totalizam 10 leitos. A instituição é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial. Esta maternidade pública de grande porte integra o complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), além de ser referência terciária na assistência obstétrica e neonatal. A MEAC está situada no bairro Rodolfo Teófilo integrado à Secretaria Executiva Regional III (SER III), e tem a missão de promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido.

A maternidade dispõe de 225 leitos distribuídos nas especialidades ginecológica, obstétrica, neonatal e cirúrgica (ginecologia e obstetria). O centro cirúrgico possui seis salas operatórias, o centro de parto normal possui nove apartamentos estruturados para receber o acompanhante da parturiente durante o processo do parto; obedecendo as normas do Ministério da Saúde, e uma enfermaria com dois leitos geralmente para receber gestantes com SHG. Possui serviço ambulatorial com 38 salas de atendimento destinadas a pré-natal de alto risco, infante puberal (adolescentes), mulheres com HIV, patologia cervical, neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), infertilidade, climatério, dor pélvica, planejamento familiar, DST, cirurgia ginecológica, mastologia e uroginecologia.

O serviço de Obstetria desta maternidade tem como meta prestar assistência à gestante, desde o período pré-concepcional até o parto, visando à segurança do binômio materno-fetal. Pretende ainda, junto com a neonatologia, assegurar assistência adequada ao recém-nascido, tanto de termo como prematuro. É constituído pelos setores: Medicina Materno-Fetal, Emergência, Centro Obstétrico, UTI Materna e Ultra-sonografia. O serviço de Neonatologia conta com seis leitos na enfermaria Canguru, 22 leitos na UTI de alto risco e 30 leitos no médio risco.

A escolha da instituição pesquisada se deu por suas características: presta atendimento à gestante de alto risco; é referência para atendimento de gestantes oriundas da capital e do interior do Estado; constitui campo de prática e de ensino das diferentes áreas da saúde; faz parte do elenco das maternidades de referência do Estado para pacientes de alto risco.

4.3 População e amostra

A população foi composta por todas as puérperas que tiveram o diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional durante o ciclo gravídico-puerperal internadas na MEAC.

Em 2008, segundo dados do Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) da MEAC foram contabilizados 600 admissões de mulheres com diagnóstico médico de Síndrome Hipertensiva Gestacional.

Para que a amostra fosse considerada significativa, foi realizado um cálculo amostral para população finita a partir da seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2}$$

Onde: n = tamanho da amostra; Z = nível de confiança; P = prevalência do fenômeno; Q: 1-P; N = tamanho da população e E = erro amostral.

Sendo estabelecidos para a definição do seu tamanho um intervalo de confiança de 95%, um erro amostral de 5% e uma prevalência de 50%, haja vista que esse valor de P implica em tamanho máximo de amostra. Aplicados esses valores na fórmula, encontrou-se o tamanho de n da amostra igual a 230. Foram entrevistadas todas as mulheres aproximadamente três por dia, que estiveram internadas na clínica obstétrica patológica da MEAC, nas segundas, quartas e sextas-feiras.

Portanto, a amostra foi constituída de 230 puérperas conforme o plano amostral acima. As puérperas foram selecionadas de maneira aleatória simples. Os critérios adotados para a inclusão das participantes foram:

- Mulheres internadas na clínica obstétrica patológica para Síndrome Hipertensiva Gestacional durante o período puerperal imediato, o qual se define como o (período entre o primeiro e o décimo dia 1º ao 10º dia que se sucede ao parto); (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).
- Mulheres que conduzissem o cartão de pré-natal, independente do número de consultas realizadas e que tivessem realizado pré-natal, no sistema público de saúde.

- Estar com o estado de saúde considerado estável; e ter tido parto no local escolhido para realização do estudo.

Como critério de exclusão, definiu-se: possuir alguma limitação cognitiva que a impedisse de responder o formulário.

4.4 Coleta dos dados

A coleta foi realizada, nas segundas, quartas e sextas-feiras, no turno diurno, com as puérperas que se encontravam internadas na clínica obstétrica, que obedeceram aos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados pela autora deste estudo, com o auxílio de uma enfermeira obstetra previamente treinada, mediante a aplicação de um formulário estruturado e pré-codificado (Apêndice A), no período de março a novembro de 2010. O formulário é definido, como técnica de coleta de dados em que o pesquisador elabora previamente e formula as questões ao pesquisado, anotando suas respostas. Reúne as vantagens de ser um meio rápido e barato de obter informações e também de ser aplicável a uma maior quantidade de indivíduos, como os que não sabem ou não podem ler e escrever, além de possibilitar auxílio ao entrevistado com dificuldades em responder, e a análise da comunicação não verbal (GIL, 2002).

O tempo médio de preenchimento foi de 15 minutos para o formulário. Foram fornecidas orientações quanto à finalidade do estudo, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Os dados foram coletados por fonte primária (diretamente com as puérperas), no próprio leito das clientes, e por fontes secundárias (prontuário e cartão pré-natal). Um documento que foi muito útil para a realização da coleta foi a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), por conter muitos dados referentes à puérpera e ao recém-nascido, possibilitou agregação de informações junto aquelas constantes no prontuário.

O instrumento continha perguntas referentes ao perfil socioeconômico, reprodutivo e sobre a assistência recebida na gestação durante o pré-natal e dados clínicos sobre a evolução e resolução da gravidez.

A coleta de dados se processou em duas etapas, a saber:

1º momento – Foi feito um levantamento por meio dos prontuários das mulheres para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. A coleta foi realizada diariamente, nos períodos da manhã e/ou tarde. Durante a coleta realizada pela manhã foram abordadas as puérperas que tiveram seus filhos no dia anterior (tarde ou noite) e à tarde foram entrevistadas as puérperas que pariram no turno da manhã, há pelo menos seis horas, o que assegurou condições físicas e emocionais da paciente para responder aos questionamentos, sem causar-lhe danos ou desconforto.

As primeiras vinte e quatro horas após o parto constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento vaginal (lóquios) é particularmente intensa, paralelo à excitação pelo nascimento do filho (MALDONADO, 2002).

Além de selecionar de acordo com os critérios estabelecidos, preencheram-se alguns dados do formulário de acordo com o prontuário clínico e o cartão pré-natal, para evitar perguntas desnecessárias.

2º momento – Após a seleção das puérperas e o preenchimento de alguns dados do formulário baseados no prontuário, deu-se o primeiro encontro com as puérperas, em que foi explicado os objetivos e solicitado sua participação e assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice B). As puérperas que aceitaram participar do estudo foram abordadas em seus próprios leitos, para proporcionar tranquilidade, privacidade e evitar dispersões, a fim de que fossem aplicados então o formulário (Apêndice A).

4.5 Organização e análise dos dados

Elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica para procedimentos das análises descritivas e inferenciais, tendo sido utilizado o programa Excel 2007 e as informações coletadas foram exportadas e organizadas no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos e de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão.

Os dados foram organizados em tabelas e aplicou-se o teste T de Student para comparação de pares de médias e o teste F de Snedecor para comparação de três ou mais médias. As associações entre variáveis foram analisadas por meio do teste do qui-quadrado. Para todas as análises consideraram-se como estatisticamente significante aquelas com

$p < 0,05$. A seleção deste teste adequa-se aos objetivos que pretendemos obter, pois de acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003), constitui um dos principais testes empregados na análise epidemiológica mais elementar, especialmente poderoso para tabelas de contingência.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o qual aprovou a Resolução N° 196/1996 que regulamenta as atividades de pesquisa no país. Tributária da bioética, essa resolução encampa os princípios da beneficência, autonomia e justiça, e estabelece os critérios a serem observados pelos pesquisadores em todos os estudos relacionados a seres humanos, independentemente do implemento de experimentos clínicos ou não, no decurso da investigação (BRASIL, 1996, 2003b). Este estudo se pautou nessa resolução.

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Antecedendo a entrada no campo, foi solicitada inicialmente a permissão da Direção da instituição para execução do estudo (Apêndice C), o qual foi prontamente deferido. Em seguida o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, com o parecer de n° 003/10 (Anexo A), atendendo à determinação da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, considerando os aspectos da autonomia, beneficência e justiça. Dessa forma, no primeiro contato com as puérperas, elas foram convidadas a fazer parte da pesquisa, esclarecido que teriam o direito de participar livremente desse estudo, podendo solicitar seu afastamento no momento desejável (autonomia) (BRASIL, 1996, 2003b).

Garantiu-se o seu anonimato, a partir da codificação das identidades, bem como sua integridade física e mental e ausência de quaisquer prejuízos materiais (beneficência). Tendo em vista os objetivos deste estudo, as puérperas poderiam não ser beneficiadas diretamente com a pesquisa ora apresentada. Contudo, foi esclarecido que a participação das mesmas iria favorecer a elaboração de pesquisa futuras no setor saúde. Beneficiaria futuras gestantes e seus filhos, ajudando a construir um conhecimento que pode somar a saúde materno-infantil (beneficência) (BRASIL, 1996, 2003b).

O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foi solicitado por escrito, formalizando a participação dos sujeitos na pesquisa, emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), nas quais constaram as assinaturas da pesquisadora, da participante do estudo e da responsável legal da puérpera (no caso de menor de idade), servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça). Assim, os princípios éticos da Resolução nº 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos foram respeitados neste estudo (BRASIL, 1996, 2003b).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Não há como organizar a atenção pré-natal de qualidade e avaliar assistência segura, desconhecendo as características e peculiaridades de sua clientela e ações desenvolvidas em serviço. Destarte, considerou-se oportuno discutir inicialmente as características dos sujeitos do estudo, com o sentido de elucidar os achados da investigação (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de mulheres internadas na MEAC por SHG segundo características sociodemográfica. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	N	%	M (DP)
Idade			26,4 (±7,9)
13-19	52	22,6	
20-34	134	58,3	
35-47	44	19,1	
Escolaridade			9,6 (±2,7)
0-4	12	5,2	
5-8	52	22,7	
9-12	156	67,8	
13-16	10	4,3	
Procedência			
Capital	151	65,7	
Interior	79	34,3	
Renda (SM)*			2,2 (±0,71)
< 1	28	12,2	
1	112	48,7	
2-3	86	37,4	
4	3	1,3	
5 ou mais	1	0,4	
Ocupação			
Do Lar	140	60,9	
Costureira	12	5,2	
Estudante	11	4,8	
Doméstica	10	4,0	
Autônoma	8	3,5	
Aux.Produção	6	2,6	
Agricultora	4	2,0	
Professora	4	2,0	
Outros	35	15,0	
Estado civil			
União Consensual	126	54,8	
Casada	64	27,8	
Solteira	37	16,1	
Separada	3	1,3	
Raça			
Branca	178	77,4	
Parda	33	14,3	
Negra	19	8,3	
Fumo			
Sim	24	10,4	
Não	206	89,6	

* Salário Mínimo (SM) durante o estudo foi igual a R\$ 510, 00; M = Média; DP =Desvio padrão; N =230

Das mulheres incluídas no estudo a faixa etária predominante foi entre 20-34 anos 134 (58,3%). Esperava-se realmente que este intervalo fosse o mais encontrado, devido coincidir com o período reprodutivo da mulher. Seguido do grupo de 13-19 anos 55 (22,6%) específico de adolescentes, fase delicada para o período gestacional. De acordo com as Normas de Hipertensão Brasileira nos grandes levantamentos populacionais, a adolescência se constitui, na faixa etária que mais se correlaciona com o pior prognóstico materno-fetal, com altos índices de partos prematuros, com recém-nascidos (RN) pequenos para a idade gestacional (PIG) e com risco de morte materna aproximadamente sessenta vezes maior do que em mulheres na faixa etária de vinte a 24 anos (NHBPEP, 2000).

A idade das participantes variou de 13 a 47 anos ($M=26,4$; $DP\pm 7,9$), o que ratifica os achados de outras pesquisas como a que foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Recife, a qual encontrou que a idade das pacientes com a Síndrome Hipertensiva gestacional variou de 14 a 49 anos, fazendo-se perceber que essa patologia pode acometer mulheres em uma faixa etária bastante ampla (KATZ et al., 2008). Pode-se pontuar também que extremos de período reprodutivo, como a gravidez na adolescência e em mulheres com faixa etária elevada, devem ser assistidas com bastante atenção e rigor, já que se constituem em risco gestacional (BEZERRA et al., 2005). Assim, mulheres com idade menor que 17 anos e maior que 35 anos fazem parte de um grupo com maior probabilidade de apresentarem uma gravidez de risco (BRASIL, 2000).

Quanto à escolaridade predominou de 9-12 anos de estudo, com 156 (67,8%) mulheres, demonstrando um nível de estudo compatível com o ensino médio, apresentando a média de 9,6 e DP de $\pm 2,7$ anos, fato semelhante foi observado em estudo realizado em Recife com 154 mulheres com pré-eclâmpsia grave onde 45,5 % das clientes possuíam mais de 11 anos de estudo (MELO et al., 2009). Em estudo de menor proporção no Rio Grande do Norte também foi observado nível escolaridade correspondente ao ensino fundamental e médio completo em (82,1%) 28 mulheres portadoras de pré-eclâmpsia (SOUZA et al., 2007).

O grau de escolaridade de um indivíduo pode estar relacionado com a sua capacidade de obter informações acerca de cuidados sobre sua própria saúde. Assim, uma população com baixo nível de escolaridade torna-se mais vulnerável a desenvolver determinadas patologias. Por outro lado maior escolaridade de um determinado grupo torna-se bastante influenciador no tocante a realização de atividades educativas, tornando-os mais eficazes.

Em relação à procedência, 151 (65,7%) mulheres eram oriundas da cidade de Fortaleza e 79 (34,3%) de outras cidades do estado do Ceará. Esse fato se deve principalmente devido a instituição estudada receber pacientes advindas de outras unidades hospitalares da capital e região metropolitana, bem como do interior do estado, sendo referência para locais onde inexistem suporte hospitalar terciário, portanto uma unidade credenciada a atender gestação de risco, bem como realizar atendimento pré-natal especializado.

Com relação à análise da renda das mulheres admitidas por SHG, encontramos uma predominância de um salário mínimo. Portanto, percebe-se que esta instituição recebe mulheres de poder econômico baixo, e muitas vezes vulnerável aos contextos sociais que as envolvem, e conseqüentemente a maior fragilidade aos problemas de saúde. Este resultado também foi mostrado em estudo transversal realizado em Fortaleza em maternidade de referência terciária com 40 gestantes, cujo objetivo foi identificar fatores de risco para pré-eclâmpsia, onde os predominantes no grupo foram: primiparidade, gestação nos extremos de idade reprodutiva, obesidade, baixa escolaridade, baixa renda familiar (MOURA et al., 2010).

Acerca dos dados referentes à ocupação, o estudo apontou que mais da metade das mulheres (140; 60,9%) se identificou como profissionais do lar, ou seja, trabalhavam em atividades em seus próprios domicílios.

Esta informação nos remete à ideia de que apresentar uma renda familiar satisfatória eleva o padrão de vida de um indivíduo. Sendo assim, a ausência de uma profissão impede que a mulher contribua com a renda familiar, ou seja, possibilitaria melhor padrão de vida, e a colocaria em um nível socioeconômico mais favorável e isso pode interferir determinando agravos nas condições de moradia; maiores dificuldades de deslocamento até o serviço de saúde, diminuindo assim o alcance de serviços de saúde de qualidade, o que eleva o risco de desenvolvimento de patologias.

Sobre o estado civil, 126 (54,8%) mulheres encontravam-se em união consensual, sem vínculo formal, seguido das casadas 64 (27,8%). Há evidências que sugerem importante participação do pai no apoio às mães durante a maternidade, as influências recebidas de pessoas do convívio social, herdadas culturalmente ou pela família são fatores importantes para o desenvolvimento da gestação e futuramente da criança (BUENO et al., 2003; ICHISATO; SHIMO, 2002). Esses estudos nos fazem lembrar sobre a importância das relações conjugais estáveis no desenvolvimento de uma gestação tranquila e compartilhada, já

que a presença de um parceiro significa muitas vezes um ponto de apoio no qual elas poderão dividir seus receios, ansiedades e alegrias.

Quando uma mulher se encontra grávida, espera-se geralmente que possa compartilhar esse acontecimento com outras pessoas de sua vida, e o pai de seu filho, na maioria das vezes é a melhor pessoa para dividir esse momento. Assim, a ausência dessa figura, pode torná-la mais susceptível a adotar comportamentos inadequados, que poderão influenciar nos determinantes no processo saúde-doença na gestação. Diante disso, podemos inferir que pode existir uma grande relação entre o status marital da mulher com a forma como ela cuida da sua saúde durante a gestação.

Em estudo descritivo, documental realizado em São Paulo, com o objetivo de conhecer a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação foram analisados retrospectivamente 604 prontuários, onde encontrou-se uma prevalência da doença de 3,64% e foi relatado que, 86,36% das mulheres estudadas eram casadas e 9,09% eram solteiras (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Considerando a variável raça/cor, a maioria enquadrou-se na categoria correspondente a cor branca 178 (77,4%), seguida por parda com 33 (14,3%) e finalmente, negra com 19 (8,3%) entrevistadas. As proporções encontradas em nosso estudo justificam-se, devido ao fato de o Ceará contar com uma população de aproximadamente 34,3% de brancos, 3,1% de negros e 62,4% de pardos (IBGE, 2008).

No que se refere à hipertensão arterial, sua maior prevalência se dá em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada nesse grupo populacional. Esse dado adquire maior gravidade quando relacionado à hipertensão arterial durante a gravidez, levando à hipertensão gestacional, como uma das principais causas de morte materna no Brasil (ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2000).

Entretanto, outro estudo afirma que o fator racial deixou de ser importante porque, ao mesmo tempo em que há relatos de que a DHEG é mais incidente na raça não-branca, em outros a afirmação é a de que isto ocorre nos indivíduos de cor branca. Portanto, é importante ressaltar a necessidade de estudos epidemiológicos de incidência e prevalência, que

considerem fatores geográficos, raciais e étnicos para melhor compreensão da manifestação da doença (CUNHA; COSTA; DUARTE, 2001).

De acordo com *Advanced Life Support in Obstetrics*, as condições socioeconômicas desfavoráveis, idade materna precoce e raça afro-americana também são considerados fatores de risco para pré-eclâmpsia. Entretanto, a associação observada não é muito forte, e não é fácil avaliar a contribuição de cada fator individualmente (ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2000).

Com relação ao tabagismo das mulheres envolvidas no estudo 206 (89,6%) relataram não fumar. O fumo é reconhecidamente um fator associado à inflamação crônica a alterações endoteliais e tem sido associado à doença cardiovascular. Em um estudo descritivo, transversal realizado com 267 puérperas no Rio Grande do Sul evidenciou-se que fumar durante a gestação está associado a um aumento de complicações na gestação, e perinatais, especialmente baixo peso fetal (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Em estudo, realizado por Gama et al. (2009) com 1.801 puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, percebeu-se que tanto as adolescentes que fumavam, quanto as que ingeriam bebidas alcoólicas e/ou consumiram drogas na gestação fizeram um número menor de consultas comparadas às demais. As informações disponíveis neste banco de dados mostram que esses fatores apresentam-se interligados e com outras características desfavoráveis, como: baixo grau de escolaridade, filhos anteriores, história pregressa de aborto provocado, idade entre 10 e 14 anos na primeira gestação, falta de apoio do pai do bebê, tentativa de interromper a gestação atual, entre outras, caracterizando o perfil de gestante com maior dificuldade de adesão ao programa de pré-natal (GAMA et al., 2009).

A Tabela 2 tem como objetivo revelar a ocorrência de associação estatística entre os dados sociodemográficos e as formas clínicas da SHG, e no que se refere a idade, anos de estudo, renda, cor e fumo não houve associação com um valor de ($p > 0,05$). Em termos numéricos a forma clínica PEG foi mais comum em mulheres com mais de 19 anos (78), com mais de 8 anos de estudo (110), renda maior que 1SM (115), de cor branca/parda (120) e sem hábito de fumo (116).

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.

Variável	PEL		E		PES		SH		HAC		HG		PEG		p-valor
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade															0,089
0 a 4 anos	2	4,3	1	5,9	2	13,3	2	50,0	1	12,5	0	0,0	4	3,1	
5 a 8 anos	12	26,1	4	23,5	1	6,7	1	25,0	2	25,0	3	33,3	29	22,1	
9 a 12 anos	31	67,4	11	64,7	11	73,3	1	25,0	4	50,0	6	66,7	92	70,2	
13 a 16 anos	1	2,2	1	5,9	1	6,7	0	0,0	1	12,5	0	0,0	6	4,6	
Idade															0,002
13 a 19 anos	8	17,4	7	41,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	34	26,0	
20 a 34 anos	32	69,6	9	52,9	9	60,0	2	50,0	3	37,5	3	33,3	76	58,0	
35 a 47 anos	6	13,0	1	5,9	6	40,0	2	50,0	5	62,5	3	33,3	21	16,0	
Raça															0,426
Branca	39	84,8	12	70,6	13	86,7	3	75,0	5	62,5	9	100,0	97	74,0	
Parda	4	8,7	4	23,5	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	23	17,6	
Negra	3	6,5	1	5,9	2	13,3	1	25,0	1	12,5	0	0,0	11	8,4	
Renda (SM)															0,424
<1	6	13,0	3	17,6	1	6,7	0	0,0	1	12,5	1	11,1	16	12,2	
1	26	56,5	9	52,9	6	40,0	3	75,0	3	37,5	5	55,6	60	45,8	
2 a 3	13	28,3	4	23,5	7	46,7	1	25,0	4	50,0	3	33,3	54	41,2	
4	1	2,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	
>5	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Fumo															0,235
Sim	2	4,3	3	17,6	3	20,0	1	25,0	2	25,0	0	0,0	13	9,9	
Não	44	95,7	14	82,4	12	80,0	3	75,0	6	75,0	9	100,0	118	90,1	

HG: Hipertensão Gestacional; PEL: Prê-Eclâmpsia Leve; PEG: Prê-Eclâmpsia Superajuntada; HAC: Hipertensão Arterial Crônica; E: Eclâmpsia; SH: Síndrome HELLP; SM: Salário mínimo

É sabido que a idade materna funciona como um indicador de desenvolvimento de um país, assim essa faixa etária envolvendo adolescente seria esperada para um país em transição, com dificuldades sociais e educacionais presente e onde as políticas de saúde pública sexual e reprodutiva não se efetivaram em sua plenitude (MELO et al., 2009).

Em estudo do tipo caso-controle realizado em Goiânia com mulheres com SHG, percebeu-se que os dados sociodemográficos não se configurou como risco para a ocorrência da SHG, devido à amostra pertencer a classe menos favorecida e atendida em hospital público (FERRÃO et al., 2006).

Os achados do presente estudo confirmou o argumento do NBHPEP (2000) que reforça que o nível socioeconômico não predispõe à população as diversas formas clínicas da SHG. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, cabendo a equipe de saúde, ao entrar em contato com a mulher gestante na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos fatores que podem ameaçar a saúde materna e fetal. Por conseguinte, a atenção na ESF fortalece, dentro do contexto social da gestante, o vínculo estabelecido entre sua família e a equipe de saúde, pressuposto este vinculado aos objetivos do PHPN.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados obstétricos. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	%	Média (DP)
Início do pré-natal			
1º Trimestre	147	63,9	
2º trimestre	70	30,4	
3º Trimestre	13	5,7	
Paridade			
Primíparas	126	54,8	1,9 (±1,3)
Múltiparas	104	45,2	
Nº de consultas de pré-natal			5,9 (±2,2)
<6	92	40,0	
6	33	14,3	
>6	88	38,3	
Ignorado	17	7,4	
Profissional			
Enfermeiro(a)	19	8,3	
Médico(a)	81	35,2	
Médico(a) e Enfermeiro(a)	128	55,6	
Ignorado	2	0,9	
Pré-natal próximo de casa			
Sim	157	68,2	
Não	39	16,9	
Ignorado	34	14,8	
Conhecimento do diagnóstico			28,8 (±12,9)
20-34	116	50,4	
35-42	110	47,8	
Ignorado	4	1,7	

Ao avaliar a assistência pré-natal das mulheres com SHG na tabela 3 observa-se o início precoce do pré-natal em 147 (63,9%) delas, colaborando para efetivar as ações da assistência pré-natal no que tange ao número de consultas. Porém é preocupante a frequência de mulheres que iniciaram o pré-natal na 12ª semana ou após, o que totalizou 83 (36,1%),

sendo importante a descoberta de antecedentes de pré-eclampsia e hipertensão crônica, além de nefropatias e doenças cardiovasculares o mais cedo possível. O Ministério da Saúde preconiza que a primeira consulta pré-natal seja realizada precocemente, até no máximo o quarto mês gestacional, fato que possibilita a inserção da gestante no SISPRENATAL, programa que consolida as ações do PHPN (BRASIL, 2002b).

Um estudo realizado a nível nacional pelo MS em 2003 por meio de abordagens quantitativas e qualitativas, cujo objetivo era avaliar o processo de implantação e implementação do PHPN, mostrou que os dados quantitativos evidenciaram que dos 5.561 municípios brasileiros, em 2002, 3.923 haviam aderido ao PHPN. Destes, 2.031 apresentavam algum registro de produção do Programa e somente 634 apresentavam registro no SISPRENATAL, demonstrando a baixa efetividade do programa (BRASIL, 2008b).

Em pesquisa realizada em 2004 na cidade de Recife-PE, em duas maternidades de referência para gestantes de alto risco com 612 puérperas no pós-parto imediato, das quais 65,8% apresentaram alguma SHG, os resultados demonstraram que 35% iniciaram o pré-natal após o quarto mês e estavam com número de consultas inadequado para a idade gestacional, e 61,8% realizaram o acompanhamento pré-natal próximo a residência ou trabalho (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Com relação à paridade a predominância foi de primíparas (126; 54,8%). A paridade variou de um a nove partos ($M=1,9$; $DP=\pm 1,3$). A literatura indica que a prevalência de hipertensão gestacional em pacientes primíparas é de 17%, sendo 2 a 4% em pacientes múltiparas (SIBAI, 2003).

Em primíparas, a maior parte (2/3) dos casos de pré-eclâmpsia é leve e ocorre no termo da gestação. A maioria dos infantes tem crescimento normal e saudável. E apenas 10% antecedem as 34 semanas tratando-se de pré-eclâmpsia precoce. O cenário em múltiparas parece ser diferente uma vez que a pré-eclâmpsia incide em população de alto risco e o tipo de doença é geralmente precoce-grave, instalando-se antes da 34ª semana (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Em Paranoá/DF, um estudo de coorte transversal, com 2062 gestantes observou como fatores de risco para o acesso tardio ao pré-natal a idade e a escolaridade. Quanto à idade, as adolescentes quando comparadas às adultas apresentaram um risco relativo de

1,3019, para o acesso tardio ao pré-natal; e quanto a escolaridade, aquelas que apresentavam menos de quatro anos de estudo apresentaram risco relativo de 1,2020 (PEREIRA et al., 2006).

Os dados do presente estudo apontam para um atendimento multiprofissional, observando à maior frequência de atendimento realizado por médicos e enfermeiros (128; 55,6%). A consulta exclusivamente médica (81; 35,2%) foi mais observada do que a consulta realizada exclusivamente por enfermeiro (19; 8,3%), algo esperado considerando tratar-se de gestações de maior risco devido a SHG instalada ou presença de antecedentes e fatores de risco.

O atendimento pré-natal pode ser realizado por médico e/ou enfermeiro integrante da equipe de saúde havendo a possibilidade de o enfermeiro assumir integralmente o atendimento pré-natal de baixo risco ou ainda de realizar consultas intercaladas com os médicos (BRASIL, 2005).

Neste mesmo contexto ressalta Freitas (2006), que todas as gestantes, após a avaliação inicial, devem ser encaminhadas às consultas com a enfermeira, alternadas com consultas médicas, nas quais constarão orientações adicionais e de reforços direcionados às necessidades das gestantes. Além disso, as gestantes deverão participar dos cursos de preparação ao parto.

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica no seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas. A habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consiste no Diagnóstico de enfermagem. A taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo mais difundida no Brasil é a da *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Conhecendo as necessidades da população materna e infantil a enfermeira tem a responsabilidade de atuar na assistência, no ensino, na pesquisa e na administração, dando ênfase à prevenção de doenças incidentes no ciclo gravídico-puerperal, além de atuar como agente multiplicador.

A enfermeira atua no pré-natal por meio da consulta de enfermagem e de atividades em grupo, a partir da avaliação da consulta de enfermagem, realizando os encaminhamentos que julgar necessários para os demais profissionais da equipe de saúde ou para a emergência obstétrica.

A assistência pré-natal é fundamental para que a gravidez seja segura. Para isso, devemos ter profissionais que sejam qualificados para desempenhar suas atividades, e apto a desenvolver as competências essenciais para atuar no pré-natal. Há uma preocupação constante dos educadores em saúde e da enfermagem em particular, para que a formação do profissional esteja baseada não somente no desenvolvimento de habilidades, mas também na aquisição de competências para o desempenho de padrões prescritos para a prática profissional (DOTTO; MOULI; MAMEDE, 2006).

É importante que os profissionais de saúde ao atenderem uma mulher com qualquer forma de Síndrome Hipertensiva Gestacional não se limitem a patologia, mas procurem também ouvir a paciente, esclarecendo-lhe suas dúvidas e mostrando-lhe a melhor forma de resolver a sua gestação, para que assim, essa mulher mostre-se mais tranquila e confiante no momento do parto.

Para que esta harmonia no pré-natal aconteça, é importante que a gestante se sinta acolhida e devidamente assistida, quer seja no pré-natal de baixo, quer seja no pré-natal de alto risco, sempre com atendimento respeitoso e de qualidade (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Observou-se também um predomínio da realização das consultas pré-natal próximo de casa (157; 68,2%), indicando, possivelmente, que os atendimentos foram realizados por unidades básicas de saúde (UBS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou residir na área circunvizinha à instituição estudada. Sabe-se que as gestações de risco devem ser encaminhadas para unidades de referência. No entanto, existe também a contra-referência, havendo a possibilidade de a gestante ser acompanhada no pré-natal de baixo risco de forma combinada ao de alto risco (BRASIL, 2005).

Além do já exposto, é possível que a SHG instale-se no final da gestação ou no momento do parto, principalmente entre as primíparas, nas quais geralmente a síndrome se

instala após a 37ª semana, fazendo com que a assistência pré-natal seja realizada integralmente nas UBS (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Esta possibilidade é evidenciada pelos dados que revelam que (110; 47,8%) gestantes foram diagnosticadas após a 34ª semana de gestação, sendo destas a maioria diagnosticada no momento do trabalho de parto, ou ainda tendo o parto antecipado devido aos riscos materno-fetais possíveis. No entanto, predominou àquelas que foram diagnosticadas até a 34ª semana (116; 50,4%), das quais muitas referiam antecedentes pessoais/familiares de SHG ou Hipertensão Arterial Crônica (HAC).

A tabela 4 apresenta os principais procedimentos realizados no pré-natal. Percebe-se um bom percentual de mulheres que fizeram uso de ferro e vitaminas. Freitas (2006) relata a existência de pesquisas, que apontam a utilização de vitaminas C e E como fator de proteção para desenvolvimento da SHG, porém os achados ainda não podem se generalizados, devido à multifatorialidade da doença.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo procedimentos relacionados ao pré-natal. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	%
Prescrição de Ferro	212	92,2
Prescrição de Vitaminas	208	90,4
Vacinação antitetânica	221	96,1
Verificação do peso materno	218	94,8
Verificação da pressão arterial	221	96,1
Medição da altura uterina	215	93,5
Ausculda de Batimentos cardíacos fetais	212	92,2
Realizou Exame de Prevenção Ginecológica na Gravidez	50	21,7
Realizado exames nas mamas	76	33,0

Quanto à vacinação antitetânica, foram consideradas imunizadas as mulheres que fizeram três doses, ou duas doses quando não vacinadas anteriormente, uma dose de reforço para aquelas já imunizadas, e também as que não tomaram dose alguma por já estarem imunizadas, com a última dose da vacina a menos de cinco anos (BRASIL, 2005).

No interior do Ceará, pesquisa descritiva, documental revelou que 90,9% das gestantes que correspondeu a 1.544 cadastradas no SISPRENATAL receberam a referida imunização (Granjeiro, Diógenes e Moura, 2008), percentual pouco menor comparado aos nossos achados.

No que concerne à verificação de peso, pressão arterial, altura uterina e ausculta dos batimentos cardíofetais, apesar de haver um percentual superior a 90% nestes itens, estes são procedimentos básicos na realização do pré-natal, portanto correspondente com esperado para rotina de atendimento às gestantes de um modo geral e em se tratando do diagnóstico precoce da SHG, são importantes para fundamentar o julgamento clínico de quem realiza o pré-natal.

Nossos achados se assemelham aos resultados obtidos em um estudo de coorte, realizado em Curitiba no ano de 2004 com 660 primigestas. Procedimentos de rotina adotados durante as consultas de pré-natal de medida da pressão arterial, medida do peso e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foram referidos como sempre realizados por 98,8%, 97,3% e 97,3% das entrevistadas, respectivamente (CARVALHO; NOVAES, 2009).

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) e a avaliação dos movimentos fetais são fundamentais para observar a vitalidade do feto, a normalidade dos batimentos cardíacos e as condições intraquilizadoras no feto (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Ainda na tabela 4 foram observados *déficits* quanto à realização do exame ginecológico preventivo durante a gestação (50; 21,7%) e de exame das mamas (76; 33,0%). O exame ginecológico preventivo pode ser acrescido à rotina mínima de pré-natal, porém não é obrigatório nem é um fator utilizado na avaliação da qualidade da assistência, o que pode justificar o baixo índice do exame durante a gravidez dentre as gestantes (BRASIL, 2005).

Apesar do serviço de prevenção estar disponível nas unidades básicas de saúde e serviços especializados, pode estar sendo desvalorizado pelos profissionais que não encaminham a gestante para o exame ou encaminham sem orientar e enfatizar sua importância, desfazendo o mito presente entre elas, de que durante a gravidez não se pode realizar o preventivo ginecológico. Entretanto, sabe-se que pode ser realizado em qualquer trimestre, preferencialmente no segundo ou terceiro, dispensando a coleta endocervical (BRASIL, 2005).

Diferente do exame ginecológico para o qual não existe obrigatoriedade de execução durante assistência pré-natal, apesar de recomendável, a avaliação das mamas deve ser item presente em todas as consultas. O déficit encontrado deve-se possivelmente também à negligência dos profissionais encarregados do pré-natal. O exame clínico das mamas é simples e recomendado no roteiro clínico da primeira consulta de pré-natal de forma mais detalhada o que não isenta o profissional de realizá-lo também nas consultas subsequentes (BRASIL, 2005). A avaliação da mama é importante para preparar a mulher para a amamentação, avaliar o tipo de mamilo, esclarecer dificuldades pois muitas gestantes têm dúvidas quanto a esse aspecto.

Sobre os exames laboratoriais o Ministério da Saúde preconiza que a rotina mínima é composta da solicitação durante a primeira consulta dos seguintes exames: ABO-Rh, VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*), Sumário de Urina ou URINA tipo I, Glicemia de Jejum, Anti-HIV 1 e 2, este só poderá ser realizado com o consentimento da mulher, devendo os quatro últimos serem repetidos próximo a trigésima semana, juntamente com a sorologia para a Hepatite B. A sorologia para toxoplasmose deve ser incluída sempre que houver disponibilidade (BRASIL, 2005).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo os exames laboratoriais preconizados pelo PHPN. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	%
1ª amostra do VDRL	196	85,2
1ª e 2ª amostra do VDRL	09	3,9
VDRL na admissão/MEAC	228	99,1
1ª amostra de glicemia	167	96,5
1ª e 2ª amostra glicemia	39	16,9
1ª amostra de urina	192	83,4
1ª e 2ª amostra urina	14	6,1
1ª amostra do anti-HIV	200	87,0
2ª amostra do anti-HIV	21	9,1
1ª Hb e Ht	226	98,3
Tipagem sanguínea	217	94,3
Fator Rh materno	215	93,5

VDRL Venereal Diseases Research Laboratory: Não fez/Não sabe informar: 25 e Glicemia e Urina: Não fez/Não sabe informar: 24 e HIV: Não fez/Não sabe informar: 09.

A Tabela 5 evidencia que a cobertura de todos os exames laboratoriais superiores a 80%, quando se trata 1ª amostra. No entanto quando se trata da 2ª amostra a incidência foi muito baixa. Este dado pode nos levar a refletir se o profissional não pede a 2ª amostra por despreparo ou porque o sistema de saúde não comporta a demanda. Ressalta-se que as 2ª amostra colhidas na 30ª semana poderiam ser de grande valia na detecção precoce da SHG e de outras co-morbidades maternas e fetais, como sífilis, HIV e diabetes sendo este último fator associado para SHG. Pacientes portadoras de diabetes possivelmente têm mais chances de desenvolver a Síndrome Hipertensiva Gestacional, devido à frequente associação com a hiperlipidemia (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Ressalta-se que a solicitação da 2ª amostra do exame de urina deve ser uma prática incentivada considerando que este exame é simples, de baixo custo e importante para detecção precoce de proteinúria, um dos sinais de alerta para a pré-eclâmpsia. Considera-se pré-eclâmpsia leve quando a paciente apresenta proteinúria de 1+ a 2+ e/ou pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg. Sendo a pré-eclâmpsia considerada grave quando ocorre um ou mais dos seguintes critérios: a presença de 3+ ou mais, de proteinúria, pressão arterial maior ou igual a 160x120mmHg (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008). Assim, especialmente importante para o diagnóstico da SHG, além de outras afecções do trato urinário.

Com relação ao anti-HIV e VDRL quando realizados no início da gestação e repetidos próximo à 30ª semana, possibilitam um tratamento precoce e diminui as chances de acometimento fetal, sendo a incidência de sífilis congênita indicador de processo utilizado para avaliação da qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2006). Um fato considerável na instituição investigada é a realização do exame de VDRL em (228; 99,1%), demonstrando uma alta cobertura deste exame no momento da resolução do parto.

Apesar de o Ministério da Saúde recomendar testagem universal das gestantes no pré-natal para HIV e sífilis, os dados disponíveis sugerem que essas infecções são subdiagnosticadas na gestação. A qualidade do pré-natal está implicada na incidência e no desfecho da sífilis congênita, havendo uma relação inversa entre o número de consultas pré-natal e o risco de resultados fatais (GUST et al., 2002; SANTOS; CASTRO; RIOS, 2009).

Um fato considerável na instituição investigada é a realização do exame de VDRL em 228 (99,1%), demonstrando uma alta cobertura deste exame no momento da resolução do parto, sendo este fruto do Projeto Nascer Maternidades.

O "Projeto Nascer Maternidades" foi instituído em 2002 no Sistema Único de Saúde (SUS), visando resgatar a oportunidade perdida de diagnóstico pré-natal. Suas diretrizes determinam a realização de testes de todas as parturientes que não comprovem, peri-parto, sorologias negativas para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e a adoção de medidas profiláticas e/ou terapêuticas, face à positividade dos exames. A triagem diagnóstica é realizada através do teste rápido para HIV e do VDRL (BRASIL, 2002a).

Com relação à oferta do teste rápido HIV para as mulheres na ocasião da resolução do parto, de acordo com a rotina da instituição este só é ofertado para as gestantes que não o realizaram no pré-natal, fato justificado pela escassez de repasse destes testes pelos órgãos competentes.

Os exames hemoglobina, hematócrito, hemograma e ABO/Rh, são importante para rastrear quadros anêmicos e hemorrágicos. O hemograma tem objetivo de avaliar o nível de hemoglobina, que deve estar acima de 10g/dl, e as plaquetas devem estar acima de 100.000. Pacientes com nível de hemoglobina abaixo de 10g/dl devem ser tratadas assim como níveis baixos de plaquetas requerem investigação imediata, pois as plaquetopenias podem ter origem imunológica e podem comprometer o feto, causando fenômenos hemorrágicos que pode também está associado à SHG (ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde as informações e orientações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Acrescenta ainda que os profissionais cumpram de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde (BRASIL, 2005).

Na Tabela 6 analisamos a educação em saúde como fator importante para o empoderamento da mulher em seus cuidados de saúde. Sabe-se que a comunicação efetiva entre o profissional e a cliente durante o pré-natal é essencial para a obtenção das informações necessárias e para o acolhimento da gestante, o que repercute em uma boa prática clínica, em

uma anamnese bem conduzida e completa, sendo base para o diagnóstico e o estabelecimento de um plano terapêutico direcionado (MOURA; AGUIAR, 2004).

Tabela 6 – Distribuição das Orientações recebidas durante o pré-natal das mulheres internadas na MEAC, por SHG. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis (n=230)	n	%
Orientação sobre aleitamento materno	134	58,3
Orientação sobre o tipo de dieta	60	26,1
Orientação quanto ao trabalho de parto/parto/nascimento	54	23,5
Orientação quanto ao puerpério	50	21,7

A variável melhor relatada foi orientações sobre aleitamento materno (134; 58,3%). Durante a gestação examinar as mamas, explicar sua função e a importância do aleitamento materno, para identificar possíveis alterações nas mamas que podem dificultar o processo de amamentação, como o mamilo invertido, informar as gestantes das eventuais dificuldades no aleitamento materno e as maneiras de superá-las, como nos casos de variações anatômicas dos mamilos e mamoplastias. Explicar a saída do colostro e sua finalidade. Alertar para os procedimentos ou atitudes contrárias à amamentação. Conscientizar os familiares sobre a necessidade de apoiar a mulher que amamenta. É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui, ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.

Corroborando com as considerações acima pesquisas enfatizam que o profissional deve estar atento para prestar as devidas recomendações sobre a preparação das mamas para o aleitamento materno e sobre a amamentação em si, observando, inclusive, a presença do colostro. (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; DODT, 2008).

Neste aspecto educativo específico, direcionado para o aleitamento materno, os índices registrados foram melhores que os demais, mas ainda deficiente, com maior atenção à temática aleitamento materno.

Em estudo realizado com 18 gestantes em uma unidade básica de saúde de Vitória – Espírito Santo foram identificados como pontos positivos na consulta de enfermagem durante o pré-natal a disponibilidade e as informações, suficientes e claras, sobre cuidados de saúde, sendo essenciais as informações a respeito do próprio pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação (OLIVEIRA; RAMOS, 2007).

O modelo "Saúde Paideia", enfatiza a criação do vínculo entre as necessidades do usuário e a possibilidade de acolhimento e direcionamento dessa demanda pela equipe de saúde. Quando essa variável subjetiva não é levada em consideração, a possibilidade de criação do vínculo fica diminuída e os fluxos estabelecidos podem se tornar simplesmente burocráticos e pouco definidos (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

É durante o pré-natal que o enfermeiro tem a oportunidade de realizar educação em saúde com as gestantes, por meio de oficinas educativas sobre como ter uma gravidez com um menor número de complicações possível. O enfermeiro deve também orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que possam surgir durante a gestação, e quais as providências que devem ser tomadas, bem como, fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da pressão arterial, diariamente, na Unidade Básica de Saúde (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008).

Sobre as orientações acerca da dieta apenas (60; 26,1%) mulheres relataram ter recebido orientações. Ademais o ganho excessivo do peso na gravidez aumenta os riscos da mulher desenvolver diabetes gestacional, ter aumentos da pressão sanguínea (o que pode levar à pré-eclâmpsia), precisar fazer uma cesariana e sofrer infecção pós-parto. Para o bebê, o excesso de ganho de peso da mãe aumenta o risco de defeitos de tubo neural, trauma ao nascimento e morte fetal (PASSOS; MOURA, 2008). Portanto, estas orientações precisam ser efetivadas de maneira prioritária sendo fundamental durante o atendimento pré-natal.

Estes dados são relevantes porque a orientação nutricional é importante para prática da redução da ingestão de sódio, gorduras saturadas, trans e colesterol.

As orientações atuais disponíveis na literatura sobre assistência pré-natal destacam a promoção da alimentação saudável, com enfoque na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A (para as áreas e

regiões endêmicas). Em geral, as necessidades diárias são de 2800Kcal na primeira metade e de 3300Kcal na segunda metade da gestação. A composição da dieta é padronizada em 60% de carboidratos, 30-40% de proteínas (de preferência de origem animal) e menos de 10% de gorduras, evitando-se as não-saturadas (BRASIL, 2005).

Fatores importantes para reduzir a pressão arterial, e não poderia ter passado de forma despercebida pelos profissionais de saúde, sendo imprescindível que a orientação nutricional se dê no primeiro contato com a gestante e se estenda às demais consultas de pré-natal, de acordo com a realidade socioeconômica e também fisiopatológica de cada mulher. As demais orientações podem não ter sido ofertadas em alguns casos devido a idade gestacional precoce de algumas gestantes, retirando do profissional a oportunidade de prestá-las em consultas próximas a data provável do parto (MOURA et al., 2010).

Também foi preocupante a baixa incidência de orientações relacionadas ao trabalho de parto/parto/nascimento encontra-se um total de (54; 23,5%) e orientações sobre puerpério (50; 21,7%). Sabe-se que as orientações educativas são essenciais para estimular as mães a permanecerem junto de seus filhos 24 horas por dia em alojamento conjunto desde o pós-parto imediato, inclusive durante a recuperação pós-anestésica. Orientar as mães para os cuidados com as mamas e os mamilos. Observar e corrigir posicionamento e/ou pega inadequados. Tratar as intercorrências locais sem interromper a lactação. Estimular as mães a amamentar seus bebês sob livre demanda, sem horário estabelecido. Caso seus bebês não possam sugar, ensinar a ordenha e como armazenar o leite, mantendo a lactação. Orientar e apoiar as mães trabalhadoras no que se refere às leis que protegem a amamentação. Apoiar e divulgar as “Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes”, desestimulando o uso de mamadeiras e chupetas em serviços hospitalares e impedindo a livre propaganda de “substitutos” do leite materno, bem como sua distribuição gratuita ou a baixo custo em maternidades. Acompanhar ou referir o binômio mãe-filho para acompanhamento, desde a 1ª semana, para evitar desmame precoce. Acerca das intercorrências na gravidez conduzir de acordo com o preconizado pelo MS, as mulheres devem ser orientadas quanto a sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço) (BRASIL, 2005).

De acordo com Vega (2007) a realização de um pré-natal de qualidade e o atendimento apropriado da gestante hipertensa no parto e no pós-parto são medidas de fundamental importância para melhor controle desse evento, sendo primordial para a redução

das complicações da hipertensão arterial no ciclo gravídico-puerperal que geralmente determinam altos índices de mortalidade materna.

Quando um fator de risco é identificado, a gestante deve ser informada de forma adequada e aconselhada de acordo com a gravidade do caso. O pré-natal especializado é a melhor recomendação nesses casos, com objetivo de melhorar o prognóstico materno e perinatal (BUNDUKI; SAPIENZA, 2005).

A Tabela 7, apresenta a distribuição das mulheres por diagnósticos de SHG de acordo com o protocolo de classificação da instituição em que e deu o estudo. Logo a Pré-eclâmpsia leve foi definida pela presença de hipertensão e proteinúria, ausentes sinais e/ou sintomas característicos de pré-eclâmpsia grave. Pré-eclâmpsia grave foi definida pela ocorrência, em pacientes com pré-eclâmpsia, de qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas: PA 160 x110mmHg (persistindo após repouso de 30min em DLE), Proteinúria > 2g/l/24h ou 3 a 4(+) no labstix, Oligúria (diurese <400ml/24h) Creatinina sérica 1,3mg%, manifestações cerebrais, visuais e gástricas: cefaléia, amaurose, torpor, obnubilação, turvação visual, escotomas, diplopia, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito; edema agudo de pulmão ou cianose (UFC, 2010).

Tabela 7 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo diagnóstico de admissão. Fortaleza-CE, 2010

Formas clínicas da SHG	n	%
Hipertensão Gestacional	12	5,2
Pré-Eclâmpsia Leve	46	20,0
Pré-Eclâmpsia Grave	131	57,0
Pré-Eclâmpsia Superajuntada	17	7,3
Eclâmpsia	18	7,8
Síndrome HELLP	6	2,7

Assim evidencia-se que 57% das mulheres foram admitidas por pré-eclâmpsia grave, ou seja, responsável por 131 das internações.

Em estudo documental realizado por Moraes et al. (2010) nessa mesma instituição cujo objetivo foi conhecer a prevalência da SHG nesta mesma instituição, foram internadas

1.456 gestantes com patologias obstétricas, entre os meses de maio de 2008 a abril de 2009, dessas 477 tiveram diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional, o que perfaz um percentual de 32,7% dos casos. O fato de o presente estudo ter apresentado um índice elevado de mulheres com diagnóstico de SHG nos chama atenção, já que a literatura aponta uma prevalência bem menor de casos. Esse fato pode ser explicado, tendo em vista a Maternidade Escola Assis Chateaubriand ser considerada como referência para casos de patologias obstétricas. Desta forma, a amostra é caracterizada por uma frequência bem maior do que a esperada em outros serviços.

Em 20-50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para PE, ou seja, há desenvolvimento de proteinúria, podendo a mesma se desenvolver antes ou após o parto (BUCHBINDER et al., 2002).

Alguns autores apontam que a hipertensão arterial está presente em 5 a 10% das gestações, sendo considerada a maior causa de morte materna, em torno de 35% dos óbitos, cuja causa é a eclâmpsia que leva a edema agudo de pulmão, hemorragia cerebral, insuficiência renal aguda e as coagulopatias (FUSTINONI, 2006).

Em estudo de corte transversal realizado entre outubro de 2005 e julho de 2006 no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, foram identificadas 114 mulheres com morbidade materna grave entre 2.207 partos, com razão de outra morbidade grave e morbidade extremamente grave de 44,9 e 6,8 casos por 1.000 partos, respectivamente. A hipertensão (pré-eclâmpsia grave) representou 96% de outras morbidades graves e a hemorragia esteve presente em 60% dos casos de morbidade extremamente grave, seguida de hipertensão. Portanto revelou a hipertensão como causa quase exclusiva de morbidades graves, sendo causa de 47,5% de morbidades graves e 18,2% das morbidades extremamente graves. Assim, as síndromes hipertensivas são demandas primordiais para capacitação das equipes obstétricas (LUZ et al., 2008).

Entre as formas de hipertensão gestacional ressaltam-se as manifestações específicas da gravidez, ou seja, pré-eclâmpsia, que ocorre como forma isolada ou associada a hipertensão arterial crônica e a hipertensão gestacional. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão gestacional (pré- eclâmpsia e hipertensão gestacional) permanece desconhecida, mas sabe-se que ela é potencialmente perigosa para mãe e filho (NHBPEP, 2000; SIBAI; DEKKER; KUPFERMINC, 2005).

A tabela 8 mostra que o principal fator associado à SHG foi a pré-eclâmpsia prévia, seguida de Hipertensão Arterial Crônica com história anterior, e apenas uma relatou doença cardiovascular anterior à gravidez 1(0,4%).

Tabela 8 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo fatores de riscos associados à SHG. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	%
PE prévia	37	16,1
Hipertensão Crônica	34	14,8
Prematuridade	28	12,2
Hemorragia	25	10,9
Diabetes Mellitus	11	4,8
Nefropatia	8	3,5
Amniorexe	7	3,0
Gemelaridade	3	1,3
Doença Cardiovascular	1	0,4
Lupus Eritematoso Sistêmico	1	0,4

É interessante ressaltar que existem alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestante apresentar pré-eclâmpsia como, por exemplo: hipertensão e diabetes mellitus pré-existent, obesidade e a etnia. Apesar da importância óbvia do ponto de vista de saúde pública, a etiologia subjacente a essa condição permanece desconhecida (CAVALLI et al., 2009).

Estudo envolvendo familiares demonstraram que de 25 a 31% de filhas de mulheres com pré-eclâmpsia desenvolvem a doença. Em filhas de mulheres sem o antecedente, esse valor varia de 5 a 10%. Nesse aspecto, existem fortes evidências do componente genético na etiologia da pré-eclâmpsia, justificando os estudos baseados na predição genética e proteômica. Existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as SHG, como diabete, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra (NHBPEP, 2000).

Segundo Ganem e Castiglia (2002) os fatores de risco para o aparecimento de pré-eclâmpsia são pré-eclâmpsia prévia, hipertensão arterial sistólica no início da gestação, história de hipertensão arterial crônica, história familiar de Hipertensão Induzida pela Gravidez, doença renal crônica, lúpus eritematoso, deficiência de proteína S, resistência à proteína C ativada, anticorpos anticardiolipina circulantes, nuliparidade, obesidade, aumento da massa trofoblástica (gestações múltiplas e gestação molar), diabetes, eritroblastose fetal, polidrâmnio, especialmente em primigestas jovens e idade superior a 40 anos.

Ao analisar a Tabela 9, verificou-se que muitas foram às queixas citadas pelas gestantes no momento da admissão. Dentre todas, verificou-se que o aumento da PA, proteinúria e cefaleia foram as que obtiveram maiores índices, respectivamente (200; 26,0%), (148; 19,2%) e (127; 16,5%). Ressaltando que a cefaleia pode estar presente também em mulheres com gestações não patológicas, mas sendo mais frequente naquelas com alguma forma de Síndrome Hipertensiva Gestacional (BRASIL, 2000). No caso da pré-eclâmpsia leve ela pode, inclusive, estar ausente ou ser de caráter transitório, sendo que na pré-eclâmpsia grave, ela geralmente está presente de forma intensa (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Tabela 9 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC segundo dados relacionados às principais queixas na admissão hospitalar. Fortaleza-CE, 2010.

Sinais e sintomas na admissão	n	%
Aumento da PA	200	26,0
Proteinúria	148	19,2
Cefaleia	127	16,5
Edema patológico	73	9,5
Sintomas Visuais	69	9,0
Sintomas gástricos	69	9,0
Sintomas Cerebrais	51	6,6
Convulsão	15	1,9
Sangramento Transvaginal	7	0,9
Outros	11	1,4

Tradicionalmente, a predição da pré-eclâmpsia tem sido baseada a detecção de fatores de risco da gestante, bem como a avaliação da pressão sanguínea, proteinúria e edema. Entretanto, várias gestantes que não apresentam tais fatores de risco também desenvolvem pré-eclâmpsia, o que torna necessária a obtenção de marcadores bioquímicos que podem predizer tal condição. Vários estudos tiveram como objetivo a identificação de marcadores. Entretanto, nenhum deles apresenta, atualmente, valor clínico (CAVALLI et al., 2009).

Tabela 10 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC segundo dados relacionados aos sinais clínicos no momento da admissão hospitalar. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Média (DP)
PAS admissão	230	110	250	164,2(±22,4)
PAD admissão	230	80	160	107,1(±14,8)
Idade gestacional	225	18	42	36,4(±3,8)
Proteinúria	71	1+	4+	2,7(±1,2)

Quanto ao valor da pressão arterial no momento da admissão, foi verificado que a média da Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi de 164,2 e DP de 22,4, ou seja, esta variou de 110mmHg a 250mmHg e a Pressão Arterial Diastólica variou de 80 a 160 mmHg, com média de 107 e DP de 14,8. Esse dado foi observado de igual modo em estudo realizado por Katz et al. (2008) onde mostrou que a PAS variou de 110mmHg a 260mmHg e a PAD variou de 70mmHg a 160mmHg.

Lembrando que se considera hipertensão arterial na gestação o aumento de no mínimo 30 mmHg na pressão sistólica e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica, em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos, ou a observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica (BRASIL, 2000).

A fisiopatologia vascular da pré-eclâmpsia se caracteriza por integral reversão das alterações fisiológicas próprias da gravidez normal e, por exemplo, mulheres grávidas normalmente experimentam expressiva vasodilatação periférica, tanto que, a despeito de elevação no débito cardíaco, a pressão arterial sistêmica diminui (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Na pré-eclâmpsia, ao contrário, observam-se pequenas alterações no débito cardíaco, sendo o aumento na pressão arterial fundamentalmente dependente da elevação na resistência vascular periférica. Além disso, a vasculatura de mulheres grávidas normais é refratária aos efeitos pressores da angiotensina II, enquanto aquela de mulheres pré-eclâmplicas apresentam aumentada sensibilidade a este peptídeo, mesmo antes das manifestações clínicas (AUGUST, 2009; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Sobre a proteinúria, a média foi de 2,7 com DP $\pm 1,2$, importante enfatizar que a quantidade de proteinúria é um indicador para se classificar a pré-eclâmpsia em leve ou grave, entretanto deve ser analisado em conjunto com outros parâmetros (CAVALLIN, 2009).

Conforme Tabela 11 do total de 230 gestantes admitidas por SHG, (170; 73,9%) mulheres fizeram uso de anti-hipertensivo injetável. Sugere-se que o tratamento da pré eclâmpsia seja instituído quando a PA for maior e/ou igual 150/100 mmHg o mais precocemente com o objetivo de alcançar PAS entre 130 a 140 mmHg e PAD de 80 a 90 mmHg (AUGUST, 2009). Em situações especiais, como é o caso de gestantes adolescentes com PA anterior à gravidez inferior a 90/75 mmHg e em grávidas com sintomas que podem ser atribuídos à HAS, admite-se iniciar o tratamento mais precocemente (NHBPEP, 2000).

Tabela 11 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados relacionados ao tratamento antihipertensivo e anticonvulsivante, e via de parto. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	n	%
Fez uso de anti-hipertensivo injetável	170	73,9
Fez uso de Sulfato de magnésio	153	66,5
Tipo de Parto		
Normal	42	18,3
Cesárea	178	77,4
Fórceps	2	0,9

Quanto ao uso de Sulfato de Magnésio em (153; 66,5%) mulheres foi indicado seu uso, sendo droga de primeira escolha no tratamento da pré-eclâmpsia grave. Ressaltando, porém que se trata de um medicamento cuja dose terapêutica se aproxima da dose tóxica, levando ao relaxamento das musculaturas, principalmente das vias aéreas, deprimindo a respiração sendo causa de parada cardíaca. As indicações para o tratamento anti-hipertensivo

não se baseiam em ensaios clínicos com desfechos claramente definidos, mas sim em padrões da prática clínica estabelecida ao longo de muitos anos (AUGUST, 2009).

Quanto ao tratamento, dois cenários devem ser considerados: Tratamento agudo – Em urgência ou emergência hipertensiva requerendo hospitalização, monitoração intensiva, antecipação do parto e administração parenteral de anti-hipertensivos; recomenda-se a administração endovenosa de sulfato de magnésio considerado a droga de escolha para prevenção da eclampsia (NORWITZ; REPKE, 2010). Para o tratamento da HAS grave recomenda-se hidralazina endovenosa (NHBPEP, 2000). A escolha para o tratamento da emergência hipertensiva dependerá da experiência e familiaridade com a medicação. Em situações excepcionais, principalmente quando existe risco de edema pulmonar concomitante, admite-se o uso de nitroprussiato de sódio por período inferior a quatro horas, como última opção para controle urgente da HAS grave e refratária (NHBPEP, 2000; SASS et al., 2007). A administração de nifedipina de ação rápida, por via oral ou sublingual, deve ser evitada.

Tratamento de longo prazo – Em pacientes com pré-clâmpsia com quadro clínico estabilizado sem necessidade de parto imediato, está indicado tratamento antihipertensivo por via oral com esta droga (AUGUST, 2009).

Recomenda-se não prescrever anti-hipertensivo para HAS com valores de PA < 150/100 mmHg associada a pré-eclâmpsia (SAAS et al., 2007) ou a hipertensão crônica pois não há comprovação de benefícios para a mãe ou para o feto, exceto redução do risco de HAS grave, que é considerado insuficiente diante da exposição do feto ao risco potencial de comprometimento do seu crescimento (AUGUST, 2009).

As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HAC ou preexistente. A alfametildopa é a droga preferida a nível ambulatorial por ser a mais bem estudada e não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (NHBPEP, 2000; PODYMOW; AUGUST; UMANS, 2004; AUGUST, 2009).

Em relação à via de parto, (178; 77,4%) foram resolvidos por via alta, ou seja, parto cesáreo predominante. Vale ressaltar, entretanto que sendo essas mulheres caracterizadas como gestantes de risco, o parto cesáreo vem a ser muitas vezes o mais indicado. Podemos deduzir também que a admissão de pacientes fora do trabalho de parto, possa contribuir com esse dado já que ocorre um aumento das chances do colo uterino encontrar-se desfavorável para o parto normal (MELO et al., 2009).

Esses achados corroboram com pesquisas anteriores onde apontam que mulheres com diagnóstico de pré-eclampsia podem apresentar um percentual de 80% de partos resolvidos por via alta (SOUZA et al., 2007).

No estudo de Melo et al. (2009) o parto cesáreo ocorreu em 79,9% dos casos, portanto podemos inferir que nas pacientes com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional, o parto cesáreo vem a ser geralmente o mais predominante em diferentes populações.

Podemos observar por meio da vivência em serviços de atendimentos obstétricos que quando ocorre a admissão de clientes com altos índices pressóricos, a maioria dos plantonistas ao detectar a presença de algum tipo de Síndrome Hipertensiva, opta logo pela realização do parto por via alta, sendo esse realizado algumas vezes por indicações maternas e outras por indicações fetais.

Vale fazer uma ressalva que algumas pacientes são admitidas nas emergências obstétricas com alterações pressóricas tão graves que exigem uma interrupção precoce da gravidez, visando a diminuição das complicações materno-fetais ou até mesmo do risco de morte do binômio mãe e filho, sendo este o tratamento mais efetivo para resolver a SHG.

É importante salientar também que qualquer forma clínica da Síndrome Hipertensiva Gestacional, com o feto a termo, obriga à interrupção da gravidez, visto que o processo toxêmico só se cura com o parto e mesmo depois de estabilizado os níveis tensionais, o edema e a proteinúria desaparecidos, o feto está em risco, uma vez que a depuração placentária é 50% inferior a normal. Salientando, entretanto que antes da interrupção da gestação é importante que ocorra a estabilização do quadro clínico durante quatro a seis horas, com sulfato de magnésio ou durante 48 horas se a gestação estiver entre 24 a 34 semanas, tempo necessário para que ocorra a maturação dos pulmões fetais com o uso de corticóides (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

As mulheres que desenvolvem a Síndrome Hipertensiva Gestacional devem ser atendidas com cuidados especiais e tratadas o mais precoce possível, já que mesmo aquelas com menores riscos de complicações exigem atenção bem mais rigorosa quando comparadas a pacientes normotensas. Visto que, quando ocorre agravamento da hipertensão a única saída

para o controle das alterações maternas e do sofrimento fetal poderá ser a interrupção da gravidez.

Tabela 12 – Distribuição das mulheres internadas na MEAC por SHG segundo dados relacionados ao recém nascido. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Idade gestacional (em semanas) até a resolução da			
gravidez	18	42	36,4(±3,8)
Apgar do 1º min	1	9	7,6(±7,8)
Apgar do 5º min	1	9	8,1(±8,6)
Peso do RN	595	4.800g	2.796g (±887,7)

Pode-se verificar que as puérperas estudadas apresentavam idade gestacional mínima de 18 semanas e máxima de 42 semanas, com média de 36 semanas e DP de (±3,8). Como já citado no estudo, a Síndrome Hipertensiva Gestacional contribuiu para o parto pré-termo. Provavelmente, se deve ao fato da maioria das mulheres estudadas serem primíparas, bem como a maioria das puérperas terem apresentado diagnóstico de pré-eclâmpsia, pois mulheres primíparas quando acometidas pela pré-eclâmpsia somente 25% dos casos ocorrem antes das 37 semanas de gestação e apenas 10% dos casos antecedem as 34 semanas (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Os transtornos hipertensivos na gravidez figuram entre as principais causas de mortalidade fetal, obtendo lugar de destaque entre os óbitos fetais causados por afecções maternas (FONSECA; COUTINHO, 2010).

Entre as morbidades perinatais dos neonatos de mães afetadas por hipertensão gestacional ou crônica, destacam-se o risco aumentado para recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, Apgar baixo no primeiro e quinto minuto, infecção neonatal, prematuridade, síndrome de aspiração de mecônio e síndrome de angústia respiratória (OLIVEIRA et al., 2006).

As avaliações são realizadas no primeiro e no quinto minuto após o nascimento. Sendo a pontuação 0 a 3 indicativa de sofrimento fetal intenso, a pontuação de 4 a 6 indica sofrimento moderado e de 7 a 10 que o recém nascido apresenta-se em um ótimo estado, não tendo provavelmente dificuldades em se adaptar à vida extra-uterina (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Em nosso estudo, a média do Apgar do 1º minuto foi de 7,6 (DP \pm 7,8) e do Apgar do 5º minuto foi de 9,1 (DP \pm 8,6). Embora a Síndrome Hipertensiva Gestacional funcione como um fator de estresse para o recém-nascido, os achados relacionados a vitalidade fetal extra uterina podem ser considerados satisfatórios.

Sabe-se que algumas alterações fetais podem ocorrer em detrimento da presença da Síndrome Hipertensiva Gestacional. Em decorrência da redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, o feto pode apresentar crescimento intrauterino restrito e sinais de sofrimento (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008). O peso do RN também obteve média considerável de 2.796g (DP \pm 887,7), apesar do mínimo do mesmo ter apenas 595g.

Em um estudo realizado com gestantes hipertensas no estado de Minas Gerais foi verificado que 13,5% dos recém-nascidos de mães hipertensas apresentaram um índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto, sendo que àqueles que eram filhos de mães com diagnóstico de pré-eclâmpsia tiveram menores valores na escala de Apgar no primeiro minuto, bem como pesos mais baixos (FERRÃO et al., 2006).

Os avanços da Perinatologia possibilitam a assistência a recém-nascidos prematuros em unidades cada vez mais especializadas. A interrupção prematura de gestações vem constituindo opção segura universalmente, quando se objetiva a redução da morbimortalidade perinatal. A evolução dos casos depende da causa da prematuridade e da idade gestacional. Além da prematuridade, anomalias congênitas, condições relacionadas à hipóxia e infecções neonatais, segundo a OMS (2000), constituem agravos muitas vezes irreversíveis. Portanto, antecipar fatores de risco tem sido o propósito fundamental da Neonatologia com a Obstetrícia (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição dos dados relacionados aos recém nascidos segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.

Variável	PEL		E		PES		SH		HAC		HG		PEG		p-valor
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Peso															0,043
500-1499	2	25,0	5	50,0	5	83,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	10	25,6	
1500-2499	6	75,0	5	50,0	1	16,7	0	0,0	1	100,0	0	0,0	29	74,4	
APGAR 1º min															0,057
0-2	1	2,2	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	8	6,1	
3-4	1	2,2	3	18,8	3	21,4	0	0,0	0	0,0	2	22,2	13	9,9	
5-7	8	17,8	6	37,5	6	42,9	3	75,0	1	12,5	1	11,1	44	33,6	
8-10	35	77,8	6	37,5	5	37,5	1	25,0	6	75,0	6	66,7	66	50,4	
APGAR 5º min															0,148
0-2	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	6	4,6	
3-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	
5-7	0	0,0	4	25,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	1	11,1	9	6,9	
8-10	44	97,8	12	75,0	10	71,4	4	100,0	7	87,5	8	88,9	115	87,8	
Idade gestacional															0,577
Até 20 s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	
21 a 30 s	2	4,5	3	18,8	3	20,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	10	7,7	
31 a 42 s	42	95,5	13	81,3	12	80,0	2	66,7	8	100,0	9	100,0	119	91,5	

As alterações do crescimento fetal podem ser avaliadas por meio de medidas antropométricas, tais como, peso ao nascer e a idade gestacional. Essas variáveis ajudam a definir as curvas de crescimento intra-uterino caracterizando, assim, o recém-nascido (RN) (CHAIM; OLIVEIRA; KIMUR, 2008).

Os resultados referentes às condições perinatais demonstraram predomínio (96,09%) dos nativos. Portanto, (9; 3,91%) de óbito neonatal precoce, como causa provável a insuficiência circulatória de órgãos ou sistemas. Em relação à idade gestacional, os achados não mostraram associação estatística significativa. De acordo com a adequação do peso ao nascimento a média do peso apresentou associação estatística de ($p=0,043$), com as formas clínicas associadas. Ressaltando que a média da idade gestacional foi de 36,4g era de se esperar um peso considerável. Em relação ao Índice de APGAR, a maioria apresentou valor

≥ 8 no primeiro e quinto minutos de vida em todas as formas clínicas, ou seja, valor alto considerando a patologia associada. Portanto, apesar da prematuridade fetal percebe-se que é fundamental a indicação da resolução a tempo. Pois é preferível devolver para a mulher um RN com baixo peso mais vivo do que o contrário. Eis o resultado da conjunção entre a obstetria e a neonatologia, como bem relatou a OMS.

A tabela 14 mostra a associação entre características obstétricas, condutas clínicas e fatores associados segundo as formas clínicas da SHG. Com relação à paridade não houve a associação significativa, pois o valor de $p = 0,08$. Estudo realizado com amostra semelhante em hospital público de Goiânia revelou associação entre HG e primiparidade (FERRÃO et al., 2006).

Com relação ao número de consultas não foi fator de risco para nenhuma forma clínica específica da SHG, pois não houve associação estatisticamente significante ($p = 0,969$). Este fato reforça mais uma vez a necessidade de melhorar qualitativamente as consultas no pré-natal, já que o MS aponta que mesmo com o aumento no número de consultas pré-natais nas últimas décadas, este fato não foi suficiente para retirar a SHG como primeira causa de morte materna no Brasil (BRASIL, 2005).

A atividade educativa teve uma associação significativa ($p = 0,036$) com a forma clínica HG, demonstrando que as mulheres que foram beneficiadas em maior quantidade com esta atividade apresentaram uma forma mais leve da SHG, não evoluindo para as formas graves. De acordo com o MS é recomendado a mulher receber ações educativas que abordem os sinais de alerta e o que fazer quando suspeitar da SHG (BRASIL, 2005).

Tabela 14 – Distribuição das características obstétricas, condutas clínicas e fatores associados segundo as formas clínicas da SHG de mulheres internadas na MEAC. Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	HG	PEL	PEG	PES	E	SH	p-valor
Paridade							0,08
Primípara	6	26	73	5	14	0	
Secundípara	1	26	29	4	2	0	
Múltipara	2	8	29	6	1	4	
Nº consultas PN							0,969
<6	3	18	50	8	7	2	
>6	5	24	70	7	9	2	
Atividade educativa no PN							0,036
Sim	5	10	33	4	5	0	
Não	4	36	98	11	12	4	
Anti-hipertensivo							0,06
Sim	7	23	108	13	15	3	
Não	2	22	22	2	2	1	
Prematuridade							0,594
Sim	1	14	76	13	12	1	
Não	8	30	54	2	4	2	
Diabetes							0,111
Sim	1	3	2	1	1	1	
Não	8	43	129	14	16	3	
HAC							0,001
Sim	0	6	9	10	1	2	
Não	9	40	122	5	16	2	

Com relação à utilização de anti-hipertensivo (hidralazina) houve associação significativa com as formas clínicas PEL e PEG. Este fato também se deve a pré-eclâmpsia ser em qualquer estágio o diagnóstico mais comum. A conduta implementada foi a recomendação pelo último consenso de hipertensão na gestação (NHBPEP, 2000).

Sobre a prematuridade não mostrou associação significativa pois o valor de $p=0,594$ em todas as formas clínicas. Contrapondo-se aos achados da literatura pertinente em que relata relação entre prematuridade e a SHG (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

Em relação às morbidades diabetes e hipertensão, encontrou-se uma forte associação com $p > 0,05$ com a PEG. Este fato já era esperado devido a estas patologias serem fatores de risco para a SHG (FREITAS, 2006).

Em se tratando de gravidez de risco especificamente as síndromes hipertensivas deve-se ter o conhecimento teórico da fisiopatologia e dos sinais de iminência de eclâmpsia, par realizar o diagnóstico precoce e a implementação da profilaxia de suas complicações no momento adequado nas situações críticas associadas à eclâmpsia e/ou síndrome HELLP, pois permitem melhorar o prognóstico materno e perinatal e, principalmente, reduzir as altas taxas de mortalidade materna, decorrentes das síndromes hipertensivas.

A eclâmpsia pode ser evitada com assistência obstétrica adequada e resolução sensata da gestação, uma vez que é uma doença predominante na população de baixo nível socioeconômico e em países em desenvolvimento, variando a mortalidade materna com a qualidade do acesso aos cuidados de saúde (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Portanto concorda-se com os autores acima, que enfatizam a assistência pré-natal adequada um dos pontos chave da assistência segura, e constitui uma ferramenta fundamental na redução da morbimortalidade perinatal.

No Brasil pesquisas diferentes envolvendo avaliações sobre pré-natal como as realizadas por Coutinho *et al.*, (2003), Serruya, Lago e Cecattii (2004) e Trevisan (2002), também têm apontado a necessidade de mudanças, em especial buscando a equidade, o acesso e a melhoria na qualidade dos serviços, com objetivo de otimizar os resultados.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a efetivação desse estudo com mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional verificou-se a predominância de mulheres jovens, na faixa etária reprodutiva. Prevaleceu nível de escolaridade correspondente ao ensino médio completo, procedentes na maioria da capital. Possuíam baixa renda familiar. As mulheres não auxiliam na renda, visto que houve uma predominância na função do lar. Quanto ao estado civil, prevaleceu a união consensual, sem vínculo formal, demonstrando a presença do parceiro na gestação. Quanto à raça, a maioria era de cor branca e sem hábitos tabagísticos.

Dentre às formas clínicas da SHG prevaleceu a PEG como diagnóstico principal, tendo forte associação com fatores de riscos como a DM e HAC, e a prematuridade como fator associado, na maioria das vezes é mandatório a interrupção da gravidez visando a diminuição das complicações materno-fetais, portanto foi elevado o índice parto abdominal com neonatos prematuros, por outro lados os valores dos índices da vitalidade extra-uterina foram elevados apesar da vulnerabilidade dos recém-nascidos diante do prognóstico outrora envolvido. Com base nos dados obtidos, constatou-se que a assistência pré-natal alcançou uma considerável cobertura, com início do pré-natal no 1º trimestre. A maioria realizou mais de seis consultas pré-natal, todos os exames básicos, as participantes eram imunizadas contra o tétano. Nessa abordagem foi possível identificar as seguintes fragilidades do PHPN: a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez, compatíveis com a maioria dos achados da abordagem quantitativa.

Nestes termos, pode-se considerar na população pertencente ao estudo com uma elevada cobertura pela ESF, o que tem contribuído para a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal, fatos percebidos como o acompanhamento por consultas médicas e de enfermagem. A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias. Contudo, ainda evidenciam-se obstáculos importantes para uma boa qualidade pré-natal como aqueles relacionados a ações educativas cujo estudo mostrou alguns valores inferiores a 30%, bem como a oferta de exames laboratoriais. Destaca-se, no entanto que as atividades educativas precisam tornar-se um alvo necessário a ser alcançado nas práticas das consultas pré-natal. Embora se possa admitir que as entrevistadas não se lembrassem com precisão dos temas que foram

trabalhados, ou se foi abordado, porém o relato pode ser considerado indício do resultado. Percebe-se que a educação em saúde enquanto importante ferramenta da promoção da saúde, ainda é pouca utilizada ou valorizada pelos profissionais da saúde.

Visto ao meio de tantas complicações que as síndromes hipertensivas podem acometer tanto a mãe quanto ao filho, fica evidente que a melhor forma de combatê-la é através da prevenção, que é alcançada com o compartilhamento de informações do profissional com a população, orientando as gestantes quanto a todos os riscos que ela se expõe. Em geral, sabemos que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em uma mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão pré-existente.

A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

Algumas dificuldades foram encontradas durante a coleta de dados, merecendo destaque a insuficiência de informações em prontuários, requerendo busca de outras fontes de dados. Apesar de ter trabalhado com uma patologia complexa e desafiadora, o impacto do estudo oportunizou um olhar mais consistente e amadurecido sobre as vivências do cotidiano, o que cultivou um desejo de intervir em breve na equipe que assiste diretamente essa clientela, à luz de uma proposta inovadora, posto que através da educação em saúde percebe-se um caminho aberto para a transformação. Conclui-se, portanto que o estudo tem sua relevância por trilhar o percurso da assistência pré-natal até o desfecho no atendimento a nível hospitalar, mostrando-nos os fatores relacionados ao acompanhamento pré-natal, reafirmando que a sua simples realização não assegura a minimização do aparecimento da SHG, sendo fundamental o investimento qualitativo dessa ação. Como recomendação e limitação do estudo, sugiro a continuidade de pesquisas que investiguem também o vínculo do pré-natal com a resolução do parto, pois muitas mulheres sentem-se inseguras nessa hora. Não sabemos quantas mulheres foram a procura de outra maternidade por falta de vaga no local do estudo durante a pesquisa. Também chamo atenção para o acompanhamento dessas mulheres com história de SHG no puerpério, pois se sabe que essa patologia pode aparecer nesse período. Ressalta-se, portanto, as consultas puerperais como fator fundamental nesse cenário. Vale

ressaltar também, como limitação, a escassez de estudos que envolva o pré-natal de mulheres com história de SHG, principalmente pela enfermagem.

Nessa direção, é importante ressaltar que o PHPN necessita de ampla articulação interna, nos três níveis, notadamente com o Programa de Saúde da Família, uma vez que a presença de uma equipe desse programa já garantiria a realização do pré-natal. Essa articulação permitiria fortalecer o atendimento a mulher e ajudaria a redução das lacunas na assistência enfrentada pelas usuárias do sistema durante a gestação.

REFERÊNCIAS

ABBADE, J. F. **Esquema de Zuspan versus esquema, alternativo com sulfato de magnésio na prevenção e tratamento da eclampsia**: comparação da concentração sérica de magnésio. 2005. Tese (Doutorado em Ginecologia) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), 2005.

ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AFP). **Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)**. [Internet]. 2000. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/cme/aafpcourses/clinicalcourses/also.html>. Acesso em: 13 dez. 2010.

ALENCAR JÚNIOR, C. A. **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil**: razões para sua permanência. [Internet]. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006000700001&lang=pt. Acesso em: 12 mar. 2009.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.1, p.98-104, 2009.

AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.29, n.9, p.484-489, 2007.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; KATZ, L.; COUTINHO, I. Prédicação da pré-eclâmpsia baseada em evidências. **Femina**, v.36, n.10, p.627-634, 2008.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **Rev Bras Anal Clin.**, v.39, n.4, p.243-724, 2007.

AUGUST, P. L. Pathophysiology of preeclampsia. In: LARAH, J. H.; BRENNER, B. M. (Ed.). **Hypertension**: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd New York: Raven Press, 1995. p. 2407-2426.

AUGUST, P. **Management of hypertension in pregnancy**: UpToDate, version 17.3. [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BASTON, H.; HALL, J. **Enfermagem obstétrica essencial**: uma abordagem humanizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BETRÁN, A. P.; WOJDYLA, D.; POSNER, S. F.; GÜLMEZOGLU, A. M. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. **BMC Public Health**, v.5, p. 131-142, 2005.

BEZERRA, E. H. M.; ALENCAR JUNIOR, C. A.; FEITOSA, R. F. G.; CARVALHO, A. A. A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.27, n.9 , p.548-553, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** 2002a. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>. Acesso em: 24 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição. **Manual para Oficina de Capacitação Projeto Nascer-Maternidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese das diretrizes para política de atenção integral à saúde da mulher: 2004 a 2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008b. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 24 out. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF. Acesso em 24 out.2010b.

BRITO, I. P. M.; SATO, R. Parto humanizado. **Rev Coren PR** [Periódico na Internet], n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/revista/.html>. Acesso em: 16 ago. 2008.

BUCCI, M. P. D. **Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos.** 2006. [Internet]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/politicapublica/mariadallari.htm>. Acesso em: 16 ago. 2010

BUCHBINDER, A.; SIBAI, B. M.; CARITIS, S.; MACPHERSON, C.; HAUTH, J.; LINDHEIMER, M. D et al. Adverse perinatal outcome are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 186, n1, p. 66-71, 2002.

BUENO, M. B.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B.; PAZ, S. M. R. S.; GIMENO, S. G. A.; SIQUEIRA, A. A. F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1453-1460, 2003.

BUNDUKI, V.; SAPIENZA, A. Cuidados pré-concepcionais visando à promoção da saúde do embrião. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. S. A. **Pré-natal**. 3ed. São Paulo: Roca, 2005.

BURNS, N.; GROVE, S. **Understanding nursing research**. Philadelphia: Saunders, 2003.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.220-230, 2009.

CARVALHO, V. C. P.; ARAUJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v.7, n.3, p.309-317, 2007.

CAVALLI, R. C.; SANDRIM, V. C.; SANTOS, J. E. T.; DUARTE, G. Predição de pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 1, p.1-4, 2009.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Mortalidade materna: análise da situação do Ceará de 1997-2005**. Fortaleza: SESA, 2007.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm.**, v.21, n.1, p.53-58, 2008.

COELHO, T. M.; MARTINS M. G.; Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. **Rev Assoc Med Bras.**, v.50, n.2, p.207-213, 2004

CONCEIÇÃO, R. M. O. **Parto humanizado**: significados para a mulher. 2004. Monografia (Graduação) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

COSTA, H. L. F. F.; COSTA, C. F. F.; COSTA, L. O. B. F. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.25, n.9, p.631-635, 2003.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.25, n.10, p.717-724, 2003.

CUNHA, K. J. B.; OLIVEIRA, J. O. D.; NERY, I. S. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Esc Anna Nery R Enferm.**, v.11, n.2, p.254-260, 2007.

CUNHA, S. P.; COSTA, F. S.; DUARTE, G. Doença hipertensiva específica da gravidez. In: GUARIENTO, A.; MAMED, J. A. V. **Medicina materno-infantil**. São Paulo (SP): Atheneu, 2001. p.713-20.

CUNNINGHAM, F. G.; GRANT, N. F.; LEVENO, K. J.; GILSTRAP III, L. C.; HAUTH, J. C.; WENSTROM, K. D. Hypertensive disorders in pregnancy. In: MACDONALD, P. C.; GRANT, N. F.; LEVENO, K. J.; GILSTRAP, G. D. F.; HANKINS, M. D.; CLARK, S. L ET AL. **William obstetrics**. 21st ed. New York: Mc Graw Hill, 2001. p.567-618.

DEPARTMENT OF HEALTH. **National Service Framework for children, young people and maternity services**: Standard 11. London: Maternity Services, 2004.

DODT, R. C. M. Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em Puérperas [Resumo]. **Rev Rene**. v.9, n.2, p.165-167, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.14, n.5, p.682-688, 2006.

FERRÃO, M. H. L.; PEREIRA, A. C. L.; GESGORIN, H. C. T. S.; PAULA, T. A. A.; CORREA, R. R. M.; CASTRO, E. C. C. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev Assoc Med Bras.**, v.52, n.6, p.390-394, 2006.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.2, p.240-252, 2010 .

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FUSTINONI, S. M. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: BARROS, S. M. O. (Org.). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C.L.; SABROZA, A.R.; CASTELO BRANCO, V.; LEAL, M.C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad Saúde Pública**, v.20, supl.1, p.101-111, 2009.

GANEM, E. M.; CASTIGLIA, Y. M. M. Anestesia na pré-eclâmpsia. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 52, n. 4, p.481-497, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, R.; FERNANDES R. A. R.; SOBRAL, D. H. Prevalência de doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.1, p.61-64, 2005.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.12, n.2, p.175-182, 2004.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, n.1, p.105-111, 2008.

GUST, D. A.; LEVINE, W. C.; SAINT LOUIS, M. E.; BRAXTON, J.; BERMAN, S. M. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. **Pediatr**, v. 109, n5, p.79-89, 2002.

HALLIGAN, A.; O'BRIEN, E.; O'MALLEY, K. Twenty-four-hour ambulatory blood pressure measurement in a primigravid population. **J Hypertens.**, v.11, n.8, p.869-873, 1993.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 376p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **DATASUS/IBGE: População residente – projeções intercensitárias, 2008.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def> . Acesso em: 11 set. 2008.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.10, n.4, p.578-585, 2002.

KATZ, L.; AMORIM, M. M. R.; MIRANDA, G. V.; SILVA, J. L. P. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Rev Ginecol Obstet.**, v.30, n.2. p.80-86, 2008.

KEIZER, J. L.; ZWART, J. J.; MEERMAN, R. H.; HARINCK, B. I.; FEUTH, H. D.; VAN ROOSMALEN, J. Obstetric intensive care admissions: a 12-year review in a tertiary care centre. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 128, n.1/2, p. 152-156, 2006.

KHAN, K. S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GULMEZOGLU, A. M.; VAN LOOK, P. F. A. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v. 367, n.9516, p. 1066-1074, 2006.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol.**, v.7, n.4, p.449-460, 2004.

LEAL, M. V. P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. **RBPS.**, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde.** Florianópolis: Paloti, 2001.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal.** Porto Alegre: Artmed, 2002. 928p.

LUZ, A. G.; TIAGO, D. B.; SILVA, J. C. G.; AMARAL, E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 6, p.281-286, 2008.

MACHADO, M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5 p.723-728, 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 17ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANDÚ, E. N. T.; ANTIQUEIRA, V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade Materna: implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, v.17, n.2, p.278-284, 2009.

MANO, R. **Hipertensão arterial sistêmica: manuais de cardiologia**. 2009 [Internet]. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>. Acesso em: 12 mar. 2010.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.5 p.545-550, 2004.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND (MEAC). **Diretrizes assistenciais**. pré-eclampsia. Versão eletrônica atualizada em Maio/2010. Disponível em: www.meac.ufc.br/obstetricia/manual_meac/PRE-ECLAMPSIA. Acesso em: 21 dez. 2010.

MATIA, J. P.; PEREIRA, P. M. A.; NUNES M. K. V.; CASTRO, S. F. G.; CECATTI, J. G. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.31, n.11, p.559-565, 2009.

MELO, B. C. P.; AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; COUTINHO, I.; VERÍSSIMO, G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras.**, v.55, n.2, p.175-180, 2009.

MELO, V. H.; SAA, L. M. F. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial na Gravidez: Comparação da Variabilidade Pressórica entre Gestantes Normotensas e Hipertensas Crônicas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.22, n.4, p.209-216, 2000.

MERHY, E.; ONOCKO, R. O. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAES, J.; OLIVEIRA, A.; HERCULANO, M.; DA COSTA, C.; DAMASCENO, A.. Prevalence hypertensive syndrome gestational in maternity reference: descriptive study. **Online Braz J Nurs.**, [Periódico na Internet], v.9, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971>. Acesso em: 21 dez. 2010.

MOTTA, G. C. P.; ECHER I. C.; LUCENA A. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev Latino-am Enfermagem.*, v. 18, n.4, p.809-815, 2010.

MOURA, E. R. F. M.; OLIVEIRA, C. G. S.; DAMASCENO, A. K. C.; PEREIRA, M. M. Q. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n.2, p. 250-255, 2010.

MOURA, E. R. F.; AGUIAR, A. C. S. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia - CE. **RBPS**, v.17, n.4, p.163-169, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.1, p.173-179, 2006.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. **Am J Obstet Gynecol.**, v.183, Supl.1, p.1-22, 2000.

NORWITZ, E. R.; REPKE, J. T. Management of preeclampsia. **UpToDate**, version 17.3, 2009. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 12 jan. 2010.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (NMC). **Standards for pre-registration midwifery education**. London: NCM, 2009.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (NMC). **The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives**. London: NCM, 2008.

OLIVEIRA, C. A.; LINS, C. P.; SÁ, R. A. M.; CHAVES NETTO, H.; BORNIA, R. G.; SILVA, N. R. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v.6, n.1, p.93-98, 2006.

OLIVEIRA, C. B.; RAMOS, M. C. O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família no município de Vitória. **Cad Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.241-256, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório anual de 2005**. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_snvs_ac_2ed.pdf. Acesso em: 20 nov. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão (CID – 10). 8ªed. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 2000.

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R. F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cad Saúde Pública**, v.24, n.7, p.1572-1580, 2008.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. Síndromes Hipertensivas na Gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev Educ Meio Amb Saúde**, v.3, n.1, p.208-222, 2008.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.27, n.10, p.627-634, 2005.

PEREIRA, P. H. G.; ANTÓN, A. G. S.; VIEIRA JUNIOR, W. S.; DOMINGUES, R. A. D.; MELO, A. L.; FARIAS, C. S et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá. **Comum Ciênc Saúde**, v.17, n.2, p.101-110, 2006.

PODYMOW, T.; AUGUST, P.; UMANS, J. G. Antihypertensive therapy in pregnancy. **Semin Nephrol**, v.24, n.5, p.616-625, 2004.

POLIT, D. F.; BECKER, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIDJIAN, G.; PUSCHETT, J. B. Preeclampsia. Part 1: clinical and pathophysiologic considerations. **Obstet Gynecol Surv**, v.57, n.9, p.598-618, 2002.

PUCCINI, R. F.; PEDROSO, G. C.; SILVA, E. M.; ARAÚJO, N. S.; SILVA, N. N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.1, p.35-45, 2003.

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

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS, N. P.; CASTRO, B. G.; RIOS, G. M. F. Aplicação do protocolo do "Projeto Nascer Maternidades" em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v.9, n.1, p.69-76, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SESA, 2010.

SASS, N.; ITAMOTO, C. H.; SILVA, M. P.; TORLONI, M. R.; ATALLAH, A. N. Does sodium nitroprusside kill babies? A systematic review. **São Paulo Med J.**, v.125, n.2, p.108-111, 2007.

SAVE THE CHILDREN. **State of the World's Mothers** [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2010.

SAVIATO, B.; KNOBEL, R.; MORAES, C. A.; TONON, D. Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. **ACM Arq Catarin Med.**, v.37, n.4, p.16-19, 2008.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.26, n.7, p.517-25, 2004.

SIBAI, B. M. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. **Obstet Gynecol.**, v.102, n.1, p.181-192, 2003.

SIBAI, B.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. Pré-eclampsia. **Lancet**, v. 365, n.9461, p.785-799, 2005.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.4, p.585-593, 2005.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v.17, n1, p.131-139, 2001.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO A. C. P. F.; AZEVEDO, G. D.; JERÔNIMO, S. M. B.; BARBOSA, L. M. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.704-710, 2007.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, v.40, n.3, p.381-388, 2006.

STONES, W.; LIM, W.; AL-AZZAWI, F.; KELLY, M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening "near miss" episodes. **Health Trends**, v.23, n.1, p.13-15, 1991.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. Tracking progress in maternal, neonatal and child survival: the 2008 report.** New York: UNICEF, 2008.

TREVISAN MR, De LORENZI DRS, ARAÚJO NM, ÉSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.24, n.5, p.293-299, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. **Diretrizes assistenciais: pré-eclampsia.** Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.meac.ufc.br/obstetricia/manual_meac/PRE-ECLAMPSIA. Acesso em: 12 jan. 2010.

VEGA, C. E. P. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 a 1999, com ênfase em hipertensão arterial [Resumo]. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.26, n.8, p. 672, 2007.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Med J.**, v.119, n.1, p.33-42, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA.** Geneva: WHO, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

I. Data da admissão: ____ / ____ / ____ Pront. _____

1 Idade (anos): _____ 1. _____

2. Diagnóstico: _____ 2. _____

1Pré- eclâmpsia leve () 2 Eclâmpsia () 3 Pré-eclâmpsia superanjuntada() 4.Síndrome Hellp () 5 Hipertensão arterial crônica () 6 Pré- eclâmpsia grave () 7 Hipertensão gestacional () 3. _____

3. Dias de internamento: _____ 4. _____

II. Dados socioeconômicos

4. Procedência: 1 () Capital 2 () Interior 5. _____

5. Cor: 1 () branca 2 () parda 3 () negra 6. _____

6. Escolaridade: anos de estudo:----- 7. _____

7Renda familiar: _____ 8. _____

() < 1 sal. 2 () 1 sal. 3 () 2 a 3 sal. 4 () 4 sal 5 () 5 ou + 9. _____

8-Ocupação: _____ 10. _____

9-Quantas pessoas trabalham fora de casa?----- 11. _____

10-Número de pessoas que moram com você?----- 12. _____

11-Estado civil: 1 () casada 2 () união cons. 3 () solteira 13. _____

III. Dados relacionados ao pré-natal e história obstétrica

12. Números de Gestações: _____ 14. _____

13. Números de Partos: _____ 15. _____

14. Números de Abortos: _____ 16. _____

15. Número de natimortos: _____ 17. _____

16. Números de filhos vivos: _____ 18. _____

17. Trimestre que iniciou o pré-natal: _____ 19. _____

18. Número de consultas de consultade Pré-natal _____ 20. _____

19.. Tipo de Parto: 1 () normal 2 () cesárea 3 () fórceps 4 () 21. _____

20. Intervalo interpartal da última gestação _____ 22. _____

21. Quem realizou o seu pré-natal: _____ 23. _____

1 () enfermeiro 2 () médico 3 () médico e enfermeiro 24. _____

22-Você fez o Pré- natal próximo a sua residência- 25. _____

1 sim () 2 não () 26. _____

23. Antecedentes pessoais: _____ 27. _____

1 () Pré-eclâmpsia 2 () Prematuridade 3 () Hemorragias 28. _____

4 () Diabetes 5 () HAC 6 () DCV 7 () NTG 29. _____

8 () Gemelaridade 9 () LES 10 () Nefropatia 11 () Amniorrexe 30. _____

24. Peso materno na 1ª consulta de pré-natal _____ 31. _____

25. Altura materna: _____ 32. _____

26. Fumo na Gestação: 1 () sim 2 () não

27. Realizou prevenção de CA ginecológico na gravidez ? _____ 1 () sim 2 () não

28. Prescrito ferro: 1 () sim 2 () não

29. Prescrito Vitaminas: 1 () sim 2 () não

30. Orientação sobre aleitamento materno: 1 () sim 2 () não

31. Realizado exames nas mamas: 1 () sim 2 () não

32. Vacinação antitetânica:

- 1 () sim 2 () não
33. Número de vezes que fez os exames: Hb e Ht: _____ 33. _____
34. Número de vezes que fez o exame de urina: _____ 34. _____
35. Número de vezes que fez os exame. VDRL _____ 35. _____
- 36-Repetido VDRL na admissão para resolução do parto: 1 ()sim 2 () não 36. _____
37. Tipagem sanguínea: 1 () sim 2 () não 37. _____
38. Fator Rh materno: 1() sim 2 () não 38. _____
39. Número de vezes que fez o teste de Glicemia: _____ 39. _____
40. Testagem anti-HIV - 1 () sim 2 () não 40. _____
41. Número de vezes Teste de Coombs indireto se RH- _____: 41. _____
42. Número de vezes de verificação do peso materno: _____ 42. _____
43. Número de vezes de Verificação da pressão arterial: _____ 43. _____
44. Número de vezes de Medição da altura uterina: _____ 44. _____
45. Número de vezes de ausculta de Batimentos cardíacos fetais: _____ 45. _____
- 46 Realizou toque vaginal: 1 () sim 2 () não 46. _____
47. Realização de atividades educativas durante o pré-natal: _____ 47. _____
- 1 () sim 2 () não 48. _____
48. Participação de pelo menos um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata; _____ 48. _____
- 1 () sim 2 () não 49. _____
49. Orientação quanto ao trabalho de parto: 1 () sim 2 () não 49. _____
50. Orientação quanto ao parto/nascimento: 1 () sim 2 () não 50. _____
- 51 Orientação quanto ao puerpério: 1 () sim 2 () não 51. _____
52. Orientação sobre o tipo de dieta: 1 () sim 2 () não 52. _____
53. _____ 53. _____
54. _____ 54. _____
- IV. Dados relacionados ao Processo Mórbito**
- 53-PAS na admissão _____ 55. _____
- 54.PAD na admissão _____ 56. _____
- 55-Nº de picos Hipertensivos apresentados durante a internação _____ 57. _____
- 56Fez uso de anti-hipertensivo injetável : 1 () sim 2 () não 58. _____
- 57-Apresentou algum quadro associado a: _____ 59. _____
- placenta prévia 1 () deslocamento prematuro placenta 2 () trombose venosa profunda
3 () amniorrexe prematura 4 () diabetes gestacional 5() 6 () anemia 7 () e
outros 8() 59. _____
- 58 Em que momento da gestação (nº de semanas) você soube que estava com este diagnóstico? _____ 60. _____
- 59 Quais os sinais e sintomas detectados para o seu diagnóstico?
1 () cefaleia 2 () edema patológico 3 () aumento da PA
4 () sintomas visuais 5 () sintomas gástricos 6 () sintomas cerebrais - 61 _____
7 () convulsão 8 () sangramento transvaginal 9 () outros -61 _____
61 _____
- 60-. Mediante o seu diagnóstico, quais foram as orientações recebidas?
1 () Dieta 2 () Repouso 3 () Medicações 62-----
4 () necessidade de internamento 5 () outras: 62 a-----
62 b-----
62 c-----
62 d-----
- 61- Fez uso de Sulfato de Magnésio-: 1 () sim 2 () não 63^a-----
- 62-Idade gestacional em semanas até a resolução da gravidez _____ 63-b-----
- 63-a Apgar do 1º min _____ 64 _____
- 63-bApgar do 5º min _____
- 64-Peso do RN ao Nascer: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Avaliação da Assistência Pré-Natal de Mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional,

Prezada Senhora,

Sou Enfermeira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem/UFC. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo avaliar a assistência pré-natal de mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional, solicito sua permissão para a coleta dos dados sobre as experiências vivenciadas durante esse período.

Esclarecemos que:

-A sua participação na pesquisa será de livre e espontânea vontade; ao participar da pesquisa, não ficará exposta a nenhum risco; a sua identidade será mantida em sigilo e não terá nenhuma despesa;

-Você poderá desistir de participar, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de sua assistência; as informações somente serão utilizadas com o objetivo da pesquisa e será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa.

-Que o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o entrevistado, e a opção do entrevistado contactar com o CEP-MEAC em caso de dúvidas ou desistências, através do telefone 33668558

-Ressaltamos que sua participação contribuirá de forma significativa para a melhoria do atendimento de enfermagem a saúde materno-fetal.

-Para maiores esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Marta Maria Soares Herculano, estarei disponível nos telefones: 33668464.33668512

Pesquisadora

✕-----

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do sujeito da pesquisa



Digitais caso não assine

PARECER DO ORIENTADOR

Pesquisadora

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado Diretor,

Solicitamos a Vossa Senhoria, autorização para o levantamento de dados do projeto de dissertação, que deverá ser efetuado as mulheres admitidas na Unidade de Internamento, com Síndrome hipertensiva desta Maternidade. Os dados serão coletados mediante preenchimento de um formulário previamente elaborado, se houver aceitação.

Gostaríamos de salientar que será garantido o sigilo das identidades das mulheres entrevistadas.

As coletas dos dados serão realizadas somente com as mulheres que aceitarem fazer parte do estudo, a partir de consentimento escrito.

Sem mais no momento, agradecemos à atenção.

Ana Kelve de Castro Damasceno
Orientadora

Marta M. Soares Herculano
Mestranda em Enfermagem

ANEXO A**OFÍCIO CEP/MEAC N^o 056/10**

Fortaleza, 31 de março de 2010.

Protocolo n^o 003/10**Pesquisadora responsável:** Marta Maria Soares Herculano**Dept^o/Serviço:** Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Ceará**Título do Projeto:** Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional.

Levamos ao conhecimento de V.S^a., que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n^o 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 10 de fevereiro de 2010.

A Pesquisadora deverá comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
Coordenador do CEP-MEAC/UFC