![C:\Users\Danielle\Pictures\DANYELLE\fit.jpg](data:None;base64,)

FACULDADES INTEGRADAS DO TAPAJÓS

CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DANIELLE DE LEMOS BANDEIRA.

PRISCILA ALVARENGA DE ALMEIDA.

**PRÉ-ECLAMPSIA: NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS GESTANTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA.**

SANTARÉM - PA

2011

DANIELLE DE LEMOS BANDEIRA.

PRISCILA ALVARENGA DE ALMEIDA.

**PRÉ-ECLAMPSIA: NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS GESTANTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA.**

Monografia de conclusão de curso apresentada à Coordenação do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Tapajós como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enfª Msc. Maura Cristiane e Silva Figueira.

Santarém, PA

2011

“Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar em uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento”.

Ministério da Saúde

“Estou aprendendo o tempo todo. A lápide vai ser meu diploma”.

Eartha Kitt

**RESUMO EM LINGUA PORTUGUESA**

A pré-eclâmpsia é uma forma de hipertensão especifica da gravidez humana, sendo caracterizada pela tríade: hipertensão, edema e proteinúria. No contexto das complicações do ciclo-gravídico-puerperal, a pré-eclâmpsia é responsável pelas altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Com base nesta realidade, foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e comparativo, cujo **objetivo** foi analisar os saberes das gestantes atendidas durante o pré-natal em unidades de saúde do município sobre a pré-eclampsia. Para a coleta de dados utiliza-se um instrumento composto por três seções, contendo questões abertas e fechadas, sendo realizado com gestantes, totalizando 25 entrevistas. **Constatou-se** que as gestantes têm um nível regular de conhecimentos sobre a pré-eclampsia, pois embora saibam que existe a doença, quando lhe são solicitadas respostas mais detalhadas, em patamar mais profundo, a maioria não consegue alcançar êxito nas respostas. **Conclui-se** que, tal situação exige uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, já que é direito da gestante ser informada durante as consultas pré-natais sobre a gestação normal e patológica.

**Palavras-chave: Pré-natal. Gestação. Hipertensão na gravidez.**

**RESUMO EM LINGUA ESTRAGEIRA**

Preeclampsia is a form of human hypertension of pregnancy and is characterized by the triad: hypertension, edema and proteinuria. In the context of the complications of the pregnancy-puerperal cycle, pre-eclampsia is responsible for high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality in Brazil. Based on this fact, a survey was conducted quantitative and qualitative, exploratory, descriptive, comparative, whose goal was to analyze the knowledge of pregnant women during prenatal care at health facilities in the city on pre-eclampsia. For data collection using an instrument composed of three sections, containing open and closed questions, being conducted with pregnant women, totaling 25 interviews. It was found that pregnant women have a regular level of knowledge about pre-eclampsia, because although they know that there is a disease when you are asked more detailed answers on a deeper level, most fail to achieve success in their answers. This situation requires a reflection on the part of health professionals, as it is right to be informed of the mother during prenatal consultations on the normal and pathological pregnancy.

**Keywords: Prenatal. Gestation. Hypertension in pregnancy.**

**LISTA DE TABELA**

**Tabela** **1** **–** Fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclampsia

**Tabela 2 –** Distribuição da faixa etária das gestantes

**Tabela 3 –** Distribuição da renda familiar das gestantes

**LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1 –** Distribuição das gestantes quanto ao conhecimento da hipertensão durante a gestação

**Gráfico 2 –** Distribuição das gestantes em relação ao conhecimento sobre a pré-eclampsia

**Gráfico 3 –** Distribuição das gestantes em relação ao aparecimento de edema no corpo durante a gestação

**Gráfico 4 –** Distribuição das gestantes em relação à ocorrência de hipertensão ou pré-eclampsia na família

**Gráfico 5 -** Distribuição das gestantes sobre o recebimento de informação da importância da verificação da pressão arterial

**Gráfico 6 -** Distribuição das gestantes quanto ao recebimento de informações sobre a detecção precoce da pré-eclampsia

**Gráfico 7 -** Distribuição das gestantes quanto ao nível de linguagem utilizada no atendimento

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**apud –** (do latim junto a; em) citado por, conforme, segundo.

**ed.** – edição.

**et al. -** e outros.

**n.** – número.

**p.** – página.

**p. ex. –** por exemplo.

**v.** – volume.

**LISTA DE SIGLAS**

**ACS –** Agente Comunitário de Saúde.

**AIDS –** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

**ALT –** Alanina transferase.

**AST-**  Aspartato transaminase.

**BCF –** Batimentos cardiofetais.

**CD –** Programa do crescimento e desenvolvimento.

**CIUR –** Crescimento intra-uterino restrito.

**CIPD –** Conferência Internacional sobre populações e desenvolvimento.

**CNS –** Conselho Nacional de Saúde.

**DATASUS –** Departamento de processamento de dados do Sistema Único de Saúde.

**DHEG –** Doença hipertensiva específica da gestação.  
**DST’s –** Doenças sexualmente transmissíveis.

**E –** Eclampsia.

**ECA –** Enzima conversa da angiotensina.

**ESF –** Estratégia de saúde da família.

**HAS –** Hipertensão arterial sistêmica.

**HIPERDIA –** Programa dos hipertensos e diabéticos.

**IMC –** Índice de massa corporal.

**MMII –** Membros inferiores.

**MMSS –** Membros superiores.

**OMS –** Organização Mundial da Saúde.

**PAISM –** Programa de atenção integral à saúde da mulher.

**PCCU –** Prevenção do câncer do colo uterino.

**PCR** – Parada cardiorespiratória.

**PE** – Pré-eclampsia.

**PHPN** – Programa de humanização do pré-natal e nascimento.

**PIG** – Pequeno para a idade gestacional.

**PMI** – Programa de saúde materna e infantil.

**PNAISM** – Política nacional de atenção integral à saúde da mulher.

**PNDS** – Pesquisa nacional de demografia e saúde.

**PSF** – Programa saúde da família.

**RN** – Recém-nascido.

**SISPRENATAL** – Sistema de informação sobre o programa de humanização do pré-natal e nascimento.

**TCLE** – Termo de consentimento livre e esclarecido.

**THD** – Técnico em higiene dental.

**UBS** – Unidade básica de saúde.

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO**

* 1. **OBJETIVOS**
     1. Geral
     2. Específicos

1. **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**
   1. A atenção a saúde da mulher no Brasil
   2. A assistência pré-natal durante a gestação normal
   3. A gestação de alto risco
      1. O papel da enfermagem na gestação de alto risco
   4. Conhecendo a pré-eclampsia

2.5 O processo educativo de enfermagem

1. **METODOLOGIA**
   1. Caracterização geral do estudo
   2. Campo de desenvolvimento do estudo
   3. Objeto de estudo
   4. Instrumentos de coleta de dados
   5. Procedimento de coleta de dados
   6. Análise das entrevistas

**4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**6 REFERÊNCIAS**

**7 ANEXOS**

1. **INTRODUÇÃO**

A gestação é um acontecimento muito importante na vida de qualquer mulher, pois permite que ela adquira maturidade biopsicossocial. Porém, embora seja um acontecimento normal, em uma pequena parcela destas, pode ser considerada de risco, gerando repercussões não só para ela, mais para toda sua família. Segundo Ministério da Saúde (2000), aproximadamente 20% das gestações apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável. Por este motivo, há a necessidade de atenção de forma mais abrangente e específica a este contingente populacional.

Durante o período gestacional, diversas mudanças ocorrerão no organismo da mulher, lembrando que estas mudanças são fisiológicas e de suma importância. “No sistema cardiovascular ocorrerá um aumento do débito cardíaco, o volume sanguíneo praticamente dobrará, terá um acréscimo de 15 a 20% na freqüência cardíaca”. (REZENDE, 2008). Ressalta-se que, apesar de serem alterações normais, em algumas mulheres com predisposição a hipertensão, estas alterações podem ser responsáveis pelo aparecimento da pré-eclampsia.

A pré-eclampsia, também denominada doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), é uma patologia elencada com freqüência em gestações de alto risco, sendo definida por Rezende (2008) como: “distúrbio multissistêmico, caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial após a 20° semana de gestação, no qual a etiopatogenia ainda é desconhecida”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2005), a pré-eclampsia e a eclampsia são responsáveis por cerca de 12% de todas as mortes maternas nos países em desenvolvimento. Considerando que, este número é uma média, dado que alguns países têm uma incidência muito maior que outros. Portanto, é de suma importância que a equipe de saúde seja capaz de identificar precocemente estados hipertensivos, incluindo a pré eclâmpsia, além de orientar/ensinar às mulheres e seus familiares quanto ao aparecimento dos sintomas iminentes e a necessidade de procurar ajuda imediatamente se estes surgirem, de modo que, os profissionais possam ter condições de dar uma resposta adequada em casos graves de pré-eclampsia e eclampsia, a fim de reduzir o risco de morte materna.

De acordo com Cordovil (2003), a mortalidade materna em nosso país é considerada alta para a OMS. As taxas de 140 a 160/100 mil nascidos vivos são oficiais do Ministério da Saúde, e se considerarmos o país como um todo, a pré-eclampsia/eclampsia ocupa o primeiro lugar na causalidade de morte.Ainda em consenso com o autor citado, a hipertensão é a principal complicação na gravidez e a maior causa de morbimortalidade. Atinge várias camadas sociais, ocorrendo em torno de 12% a 22% das gestações, sendo responsável por 17,6% de mortes maternas nos EUA e cerca de 35% no Brasil. A OMS (2003) estima que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações da gravidez, parto e puerpério.

Segundo dados obtidos no site do Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS (2011), o número de óbitos maternos no Brasil durante o período de janeiro a agosto deste ano totalizou 32.742, sendo que no Norte o valor atingido foi 2.438, no Pará 1.140 e em Santarém 57 casos ocupando a colocação de terceiro lugar no estado, ficando atrás apenas de Belém e Castanhal, com 268 e 80 sucessivamente.

Em virtude disso, percebeu-se a necessidade da realização de estudos relacionados à temática, haja visto que a patologia demanda necessidades especiais não apenas físicas, mas também psicológicas, devendo o profissional de enfermagem estar apto para desenvolver ações que viabilizem o atendimento das necessidades dessa gestante.

Além disso, durante os nossos estágios em unidades básicas de saúde, percebemos que os profissionais de enfermagem apresentam algumas dificuldades em relação à assistência às mulheres acometidas por alguma intercorrência durante o período gestacional, preocupando-se apenas em manter as normas e rotinas da instituição, entre as quais encaminhar a gestante. Deste modo, a necessidade que a gestante têm em receber informações sobre o período gestacional normal e patológico, é pouco priorizada. Portanto, é de fundamental importância entender o caráter subjetivo desta mulher, visto que as patologias relacionadas à gravidez geram vários sentimentos como medo, angústia e dúvidas. Sendo assim, a participação da equipe de enfermagem é essencial no atendimento a esta gestante.

Todavia, para que haja uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental que a equipe de saúde, esteja interada sobre o estado geral de cada gestante. Para que isso ocorra, durante o período gestacional, as ações de enfermagem devem incluir prevenção e promoção da saúde, além da identificação precoce de doenças e tratamento adequado de possíveis intercorrências. E mais, precisa-se haver a incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, além de facilitar o acesso aos serviços públicos de saúde, abrangendo assim, todos os níveis da atenção básica em saúde.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. (BRASIL, 2005, p. 13).

É fato, que a atenção obstétrica é muito importante para a preservação da saúde materna e fetal, por diminuir os riscos de complicações inerentes a gravidez, ao parto e ao puerpério. Ao proteger a saúde materna no decorrer da gestação, protege-se também o feto, garantindo sua higidez e evitando os agravos aos quais está sujeito. Contudo, além da atenção obstétrica, é de fundamental importância a incorporação da enfermagem na prestação de cuidados diretos à gestante, garantindo assim uma maior atenção, seja esta atuação no nível primário ou em qualquer outro nível de complexidade. Sendo que no nível primário, dar-se-á ênfase a realização do pré-natal de baixo risco e a identificação de situações de agravos, que são atribuições de enfermeiras do Programa Saúde da Família (PSF). Já no nível secundário, salienta-se o papel deste profissional, na realização de planos de cuidados visando o controle da evolução do quadro clínico das diversas patologias obstétricas, dentre as quais se inclui a pré-eclampsia.

A atuação de enfermagem durante a gestação está aumentando, pois se acredita que as mulheres estão sendo cada vez mais estimuladas a realizarem o acompanhamento, garantindo assim um aumento de consultas pré-natais. Segundo o Ministério da Saúde (2000), em 1986, o percentual de gestante que nunca tinham consultado um médico era de 26%. Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) identificou que este percentual baixou para 1,3%, estatística essa, que comprova a eficácia da assistência da enfermagem nos cuidados as gestantes, pois o percentual começou a cair após a implantação do programa de humanização de pré-natal, onde o principal atuante é o enfermeiro.

Portanto, é indispensável, que durante a assistência, o enfermeiro esteja atento as possíveis alterações que a gestante pode apresentar. De acordo com o Ministério da Saúde (2000), existem diversos fatores podem levar a uma gestação de alto risco, no entanto, os mais comuns estão divididos em quatro grupos, os quais a enfermagem pode se basear, que são: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gestação atual e intercorrências clínicas. Ressaltando que a pré- eclampsia, patologia a ser estudada, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez e pode ser dividida em duas categorias, leve ou grave.

A pré-eclampsia leve é caracterizada pela hipertensão, com os níveis tensionais 140/90 mmHg e proteinúria em torno de 300mg em 24 horas. De acordo com o Ministério da Saúde (2000), o tratamento é realizado através da assistência ambulatorial no pré-natal e a medicação a base de hipotensores, segmento dos exames laboratoriais, repouso e dieta hipossódica.

Quanto à presença de pré eclampsia grave, o Ministério da Saúde (2000), caracteriza como aquela que apresenta um ou mais dos seguintes sintomas: pressão arterial diastólica igual/maior que 110 mmHg; proteinúria igual ou maior que 2,0 g/l em 24 horas; oligúria; níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl; sinais de encefalopatia hipertensiva; sinais de insuficiência cardíaca; dor epigástrica ou no hipocôndrio direito; plaquetopenia e evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia.

Ressalta-se que, as mulheres com pré-eclampsia leve não se sentem doentes até a condição tornar-se grave, o que a esta altura, representa risco iminente de morte, tanto para a mulher quanto para o feto. No entanto, a pré-eclampsia é uma doença que se instala de forma abrupta na gestante, sendo essa, uma das razões da sua alta periculosidade. Por isso, torna-se imprescindível a detecção dos fatores de risco ainda no aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas da patologia, ação esta, feita durante o acompanhamento pré-natal, sendo importantíssimo para a predição precoce do diagnóstico e o tratamento imediato em tempo oportuno, impedindo assim, que evolua para complicações maiores como a eclampsia.

Vale salientar que, por ocasião da pré-eclampsia grave, a internação é obrigatória, sendo indispensável avaliação materna e vitalidade do feto, uso da medicação específica, como também interrupção ou não da gravidez como forma de preservar a vida da mãe e do feto.

Em virtude disso, torna-se imprescindível que a gestante adquira conhecimentos sobre a doença, as características e o comportamento dessa patologia durante a gestação, a fim de alertar a enfermagem sobre o aparecimento de algum sinal ou fator de risco, de modo a prevenir possíveis complicações. Seguindo esta linha de pensamento, a enfermagem que tem como papel principal, o cuidado com o ser humano, devendo fornecer às gestantes informações pertinentes às doenças relacionadas ao período gravídico, ouvir suas dúvidas, anseios, medos e angústias. Além disso, este profissional deve esforçar-se para acolher e valorizar a gestante em todas as suas dimensões, visando à diminuição da vulnerabilidade e melhorando o enfrentamento diante das dificuldades advindas, atendendo assim, suas reais necessidades.

Em vista disso questionamos: Quais os saberes das gestantes sobre a pré-eclampsia? As informações repassadas durante o pré-natal estão sendo suficientes para detecção precoce da doença? Qual a percepção das gestantes, em relação às consultas de enfermagem durante o pré-natal?

Portanto, a partir da exposição da problemática, enfatizando-se a importância de se estudar a hipertensão arterial na gestação como fator determinante para a instalação da pré-eclampsia e diante da escassez de investigações sobre esta doença na área de enfermagem em Santarém, desenvolveremos um estudo de caráter exploratório, descritivo e comparativo, através de uma abordagem quanti-qualitativa, o qual tem como principal objetivo analisar os saberes das gestantes atendidas durante o pré-natal de unidades básicas de saúde (UBS) do município de Santarém sobre a pré-eclampsia, a fim de contribuir para a expansão do conhecimento científico em enfermagem e subsidiar os profissionais a promoverem um atendimento mais integral às gestantes, diminuindo assim, os altos índices de mortalidade materno-fetal.

* 1. **OBJETIVOS**

**1.1.1 Geral**

Analisar os saberes das gestantes atendidas no pré-natal de unidades básicas de saúde do município de Santarém-Pa sobre a pré-eclampsia.

**1.1.2 Específicos**

* Identificar os saberes das gestantes sobre a pré-eclampsia;
* Avaliar a forma de abordagem educativa utilizada no pré-natal;
* Verificar os registros no cartão da gestante sobre as síndromes hipertensivas.
* Identificar a percepção das gestantes sobre a assistência da equipe de enfermagem e o atendimento de suas necessidades durante o período gestacional.

**2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo será realizada uma abordagem sobre o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher no Brasil, além disso, discorreremos também sobre a assistência pré-natal durante a gestação normal, a gestação de alto risco, dando destaque ao papel da enfermagem neste tipo de gestação, conhecendo a pré eclâmpsia e processo educativo de enfermagem durante o pré-natal.

**2.1 A ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

Durante muito tempo as políticas de saúde da mulher, no Brasil, enfocaram exclusivamente os aspectos relativos á gestação, parto e puerpério, restringindo a atenção apenas ao processo reprodutivo. (BRASIL, 2002). Esta prática foi reforçada até a década de 70, limitando o papel da mulher ao de doméstica, responsável pela criação e cuidado dos filhos, como também dos demais membros da família. Em geral, durante consultas médicas desta época, a mulher se transformou numa pessoa totalmente passiva, apesar de as informações e condutas serem do seu interesse. De acordo com Halbe (2000), esta situação era conseqüência da falta de informação, da educação formal, do poder excessivo dos profissionais de saúde e do processo cultural de discriminação e dominação sobre as mulheres.

A partir dos anos 80, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento e cidadania. (CARDOSO, 2007)

Durante as primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher no Brasil foi incorporada as políticas nacionais de saúde. Antes disso, a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças era mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Sendo que, em algumas concepções o corpo da mulher era visto apenas na sua função reprodutiva, tendo a maternidade seu principal atributo. (BRASIL, 2004).

Com base nisto, durante a Conferência Nacional de Saúde, em 1974, foram lançadas as bases para formulação e implementação do Programa de Saúde Materna e Infantil (PSMI), os quais tinham uma visão restrita sobre a mulher. O compromisso desse programa era limitado às demandas relativas à gravidez e ao parto, mas com interesse específico na criança. (NASCIMENTO, 1992 apud SILVA 2008). Com isso, as mulheres passaram a reivindicar seus direitos, argumentando que elas tinham outras necessidades e problemas, os quais também necessitavam de atenção.

Portanto, em 1984 com o advento do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), surgiu uma nova e diferenciada abordagem, marcando o rompimento da visão tradicional, centralizada nas questões reprodutivas. Este programa tem como objetivo prestar assistência à mulher apartir dos 10 anos, incluí além da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento, bem como assistência a mulher em clínica ginecológica, no climatério, planejamento familiar dentre outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde. A política de humanização do atendimento culminou com a elaboração do Manual sobre Atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001). De acordo com Cardoso (2007), este manual descreve “a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, como experiência humana extremamente significativa e enriquecedora”. Propõe a individualidade no atendimento e a introdução dos conceitos de humanização nos serviços, permitindo ao profissional de saúde estabelecer maior vínculo afetivo; reconhecendo a atividade da mulher no seu processo de gestar e parir.

Por conseguinte, durante a Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, a saúde da mulher foi definida como: “um completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença”.

No entanto, apesar das melhoras referentes à assistência a mulher, estas continuaram a ter problemas relacionados à gravidez e ao parto, sendo o principal deles o medo diante de situações consideradas de risco. Portanto, na tentativa de minimizar as alterações psicológicas da gravidez e prestar uma maior atenção à saúde da mulher, no início do ano 2000, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. (BRASIL, 2000).

Visando a promoção de um acompanhamento pré-natal de qualidade, são preconizadas pelo Ministério da Saúde (2000) algumas atividades como: captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até o 4° mês de gestação, número mínimo de seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, administração de vacinas e realização de exames preconizados pelo Ministério. Outro fato importante foi à criação do sistema de informação sobre o PHPN (SISPRENATAL) que evidenciou fragilidades e potencialidades no programa. “Mesmo havendo dificuldades em vários aspectos, o PHPN representa um importante instrumento em favor da melhoria da atenção à mulher”. (BRASIL, 2002). Apartir deste momento, a população feminina passa a ter um novo perfil epidemiológico, o que significa dizer que a mulher não morre apenas de causas obstétricas diretas. (BRASIL, 2004).

Dando continuidade ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde da mulher, no ano 2003, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção a saúde. Buscando consolidar os avanços sobre os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria obstétrica, no planejamento familiar, no abortamento e no combate a violência sexual e doméstica. Agregando a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST’s) e a mulheres vítimas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), entre outras. (BRASIL, 2004). Este programa tem o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas previníveis e evitáveis.

O PNAISM teve como objetivo promover atenção integral a saúde da mulher, e para alcançar seu objetivo, lançou prioridades para se consolidarem no período de 2004 a 2007. Dentre as metas almejadas destacam-se a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e a ampliação e qualificação da atenção a saúde integral das mulheres.

Neste momento é pertinente entender o sentido de integralidade na saúde, o qual é definido por Figueiredo (2008) como a “necessidade de o homem ser considerado como um ser integral e biopsicossocial, que deve ser atendido integralmente com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação”.

Considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou um Manual técnico sobre atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerpério, recomendando iniciar o acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez e, realizando no mínimo seis consultas durante todo o pré-natal. (BRASIL, 2001).

Em 2007, houve no Brasil o surgimento da Política Nacional de Planejamento Familiar, que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva e estabelece também que a compra de anticoncepcionais será disponibilizada na rede Farmácia Popular.

**2.2 A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL DURANTE A GESTAÇÃO NORMAL**

A assistência pré-natal é o primeiro passo para a existência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado. Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal e informações sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, como minimizar os desconfortos provenientes das alterações gravídicas, avaliar os sinais de risco e aprender a lidar com os mesmos, quando a eles estiver exposta.

Sabemos que a gravidez é um período de transição, na vida da mulher, que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Este período é um dos mais importantes se não o mais importante da vida da mulher. Ela fica curiosa, ansiosa, pensativa, sendo uma longa espera até completar os nove meses. Contudo, para algumas mulheres, geralmente as adolescentes, ser mãe representa perda da liberdade, impedindo-a de sair para festas, não conseguir dormir direito, essas angústias acontecem principalmente nos últimos meses da gestação. Apartir deste momento começam a surgir às dúvidas se será capaz de cuidar bem do seu bebê, do marido, da casa e do trabalho.

De acordo com Maldonado (2002), o primeiro trimestre gestacional é marcado pela ambivalência afetiva, caracterizado pela aceitação ou não aceitação da gravidez, decorrendo sentimentos de alegria e apreensão, podendo ocorrer a rejeição. Esta fase também é marcada por indisposição, náuseas, vômitos, como também alteração de humor.

Ainda em consenso com a autora acima citada, leva-se em consideração o ponto de vista psicológico, o segundo trimestre é considerado o mais estável, no qual a mulher confere a vitalidade do seu bebê, através dos movimentos fetais. Já no terceiro trimestre, eleva-se novamente a ansiedade, surgindo o sentimento de ambigüidade, além do medo da ocorrência de alguma intercorrência durante o parto.

Estes sentimentos caracterizam aspectos psicológicos que, embora estejam presentes em determinadas fases da gestação, manifestam-se de maneira peculiar em cada mulher. Segundo Maldonado (2002) apud Borsa (2007) a gravidez implica a perspectiva de grandes mudanças, o que evidentemente envolve perdas e ganhos, e isso, por si só, justificaria a existência de sentimentos opostos.

Sendo assim, a enfermagem deve ter um olhar compreensivo para esta gestante, atendendo os aspectos psicológicos e biológicos e, dessa forma, contribuir para superação dos conflitos internos da gestante, criando assim um vínculo de confiança, o qual será firmado durante o pré-natal. A participação efetiva da mulher no pré-natal possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família. (CARDOSO et al, 2007).

No que tange a assistência pré-natal, um conjunto de procedimentos serão realizados, com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis durante a gestação, o parto e ao recém-nascido (RN), além de atender as necessidades psicológicas das gestantes.

Mas, para que ocorra uma assistência de qualidade, estas gestantes devem comparecer ao serviço de saúde logo que haja uma suspeita de gravidez, sendo que o diagnóstico pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, aumento da freqüência urinária e enjôos/vômitos matinais. No entanto, se houver dúvidas a respeito da gestação, orientá-la a realizar um exame laboratorial. Havendo confirmação, a gestante será informada quanto os cuidados que deverá ter durante a gestação, além disso, realizará outros exames laboratoriais para identificar se há presença de algumas patologias associadas à gravidez. Estes exames devem ser realizados o mais precocemente possível, para que se possam obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas.

Além disso, recomenda-se realizar exame clínico das mamas e colpocitológico de colo uterino da ectocérvice preferencialmente até o 7° mês de gestação, verificação da pressão arterial, avaliação da altura uterina e do peso. Em relação aos exames laboratoriais, os de sangue, urina, sorologias para HIV, sífiles e hepatite B, deveriam ser realizados no primeiro trimestre e repetidos até a 30° semana de gestação. A partir da 20° semana, dever-se-ia iniciar suplementação com sulfato ferroso e apresentar comprovante de imunização completa contra o tétano a menos de cinco anos, se esta comprovação não for realizada, faz-se a vacinação nesta grávida.

A equipe de saúde deve estar treinada e o serviço organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com a equipe, já que a melhor forma de assegurar a captação precoce é a qualidade do serviço prestado à população. (BRASIL, 2005)

Captar precocemente esta gestante envolve várias atribuições ao corpo de enfermagem, como: estar em harmonia com a comunidade, realizar visitas domiciliares, estar atento aos problemas da população durante as consultas, promover ações educativas e de saúde, além de conhecer os sinais e sintomas de vários agravos a saúde.

Durante o acompanhamento Pré-natal o enfermeiro oferece instruções à futura mamãe, como cuidados com a alimentação, formas de se manter confortável, estimulação do mamilo, polivitamínicos a serem ingeridos, realização de exames laboratoriais, para assim, oferecer respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias e a curiosidades de saber sobre o que acontece com o seu corpo nesse processo de transição.

Detectar precocemente estados hipertensivos que constituam risco materno e perinatal faz parte dos objetivos da assistência pré-natal. Caso haja detecção de algum risco, a gestante deve imediatamente ser encaminhada para uma unidade de referência para que possa receber uma assistência mais qualificada.

Ressaltamos que conforme o Ministério da saúde (2000), toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado sendo, portanto consideradas gestações de alto risco.

**2.3 A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

Para Maldonado (2002), a patologia surge como fator agravante em um período caracterizado por reestruturação e definições de papéis, tendo como conseqüência, sentimentos de culpa, raiva, medo, culminando com baixa estima e perda do controle em relação à gravidez e a si mesma, podendo interferir no curso do processo gravídico. Por conseguinte, na gestação, a ocorrência de alterações desfavoráveis, leva a mulher a apresentar maiores dificuldades em adaptar-se ao rótulo de “gestação de alto risco”.

Em relação ao significado do termo “risco”, Figueiredo (2008) conceitua como “parâmetros ambientais, constitucionais e genéticos que estão presentes no corpo e no modo de viver”. Este termo é geralmente utilizado para descrever a probabilidade de que uma pessoa, exposta a determinados fatores, adquiram uma doença específica.

Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada". (CALDEYRO-BARCIA apud BRASIL, 2000 p.13).

Deste modo, ao serem identificadas as gestantes consideradas de risco, elas devem inicialmente ser atendidas no nível primário, e referenciadas posteriormente, se necessário, para níveis mais complexos de atenção. Ressalta-se que durante o atendimento de gestantes de baixo risco, deve-se ficar atento para o aparecimento ou agravamento dos referidos fatores que predispõem a doença. A equipe deve atentar também para aquelas gestantes que não estão realizando o controle pré-natal, que por si só, já determina um fator de risco para a gestante e o feto.

A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada. (BRASIL, 2000 p.11).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), no Brasil, por ser um país de grandes diferenças sócio-culturais, os fatores de risco para o desenvolvimento de uma gravidez de alto risco, foram divididos em quatro grupos que são comuns em toda a população, sendo eles: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual e intercorrências clínicas durante a gestação.

Analisando os critérios elencados pelo Ministério da Saúde (2001), os fatores relacionados a características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, dizem respeito a mulheres com idade menor que 17 e maior que 35 anos; ocupação; esforço físico; carga horária de trabalho; rotatividade de horário; exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e nocivos; estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg e dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

Com relação à história reprodutiva anterior, o Ministério da Saúde (2001) identifica, como condição de risco, morte perinatal explicada e inexplicada; RN com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade ou infertilidade; intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos; nuliparidade ou multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior.

No que diz respeito a doenças obstétricas na gestação atual, o Ministério da Saúde (2001) considera mais um fator relevante a ser estudado, entre os quais se destacam desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, aloimunização e óbito fetal. E por último, elenca-se as intercorrênciasclínicas na gravidez, como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endrocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes e ginecopatias

Ressalta-se que, iremos discorrer sobre a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por hipertensão, proteinúria e edema generalizado, podendo também envolver a falência de diversos órgãos, sendo esta uma das principais causas de morte materna no Brasil (37% das causas de morte obstétricas diretas) e em vários outros países, e sua frequência varia de 2 a 10% das gestações em todo o mundo. (BRASIL, 2006). Ela enquadra-se nas doenças obstétricas da gravidez atual, fazendo parte do grupo das doenças componentes da DHEG, as quais são classificadas como hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclampsia/eclampsia e síndrome de Hellp. (BRASIL, 2001).

A ausência e/ou deficiência do pré-natal está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal. No Brasil, apesar da ampliação na cobertura pré-natal e do aumento no número de consultas, ainda se observa que a redução dos riscos à gravidez com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal está longe do idealizado.

A pré-eclampsia representa um grande problema para saúde pública, devido o seu alto índice de complicações, que decorrem de falhas na assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco.

**2.3.1 O Papel da Enfermagem na Gestação de Alto Risco**

Os cuidados de enfermagem durante o pré-natal são de suma importância não só para o bom andamento da gravidez, mais também para a detecção precoce de estados hipertensivos, visto que serão repassadas informações e orientações de todas as mudanças que ocorrem neste período, tanto fisiológicas como psicológicas, além de orientações sobre as medidas a serem tomadas para prevenção e tratamento de patologias.

Sendo assim, é responsabilidade do profissional de saúde manter a vitalidade da mãe e do bebê, e neste processo de cuidado, merece destaque o profissional enfermeiro que ocupa um papel fundamental no acompanhamento às gestantes de alto risco, que necessitam de cuidados para que a gestação chegue a termo, a fim de prevenir a prematuridade do concepto e riscos à saúde da mulher.

O papel do enfermeiro frente à prevenção da DHEG deve ser realizado através da conscientização da gestante para que ela procure: reduzir o peso corporal através de dieta hipocalórica, substituir as gorduras animais por óleos vegetais, diminuir os açúcares e aumentar a ingestão de fibras; exercitar-se regularmente 30-40 minutos, de três a cinco vezes por semana com exercícios leves próprios para gestantes; controlar o estresse; evitar drogas que elevam a pressão arterial como antiinflamatórios, os descongestionantes nasais, antidepressivos, corticóides, cafeína e outros. (BUSATO, 2001).

Durante o período gestacional, é dever da equipe de enfermagempromover uma gestação segura para a mulher. Além de humanizar a assistência e garantir o pré-natal, é preciso entre outras ações, dar especial atenção a aquelas mulheres que têm alguma patologia que poderá ser agravada com a gravidez.

É de grande importância o conhecimento das repercussões da gravidez sobre a doença. Desconhecendo as adaptações pelas quais passa o organismo materno e, como consequência, o seu funcionamento, não há como avaliar as repercussões sobre a doença. Portanto, o conhecimento de clínica médica é outro pré-requisito básico de quem se dispõe a atender a gestante de alto risco.

Então o papel do enfermeiro, uma vez confirmada a gravidez, ele deve orientar a gestante quanto aos fatores de risco relacionados ao aparecimento da doença, a importância da gravidez e conscientizá-la quanto a realização de um pré-natal correto até o final da gestação, mesmo quando houver risco de desenvolver DHEG.

**2.4 CONHECENDO A PRÉ ECLÂMPSIA**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente patologia que complica o período gestacional, sendo a principal causa de morbimortalidade materno-fetal. Conforme o Ministério da Saúde (2005) são duas as formas de hipertensão complicadoras durante a gestação: hipertensão preexistente ou crônica e hipertensão induzida pela gestação (pré eclampsia/ eclampsia), que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada. Com essas considerações feitas, abordaremos com ênfase a pré-eclampsia, que compõe o grupo das DHEG e saber diferenciá-las é tarefa fundamental a ser realizada pela equipe de saúde na atenção pré-natal.

A pré-eclampsia (PE) é a principal causa de morbimortalidade materno-fetal, acometendo 5 a 7% das gestações no mundo. Sua incidência em mulheres jovens e nulíparas é de aproximadamente 6%, sendo que, em mais de 80% dos casos, a doença se manifesta depois de 34 semanas de gestação. Apesar de inúmeros estudos, a etiologia da PE permanece desconhecida. (BRANDÃO et al. 2010, p. 488).

As formas clínicas, o começo da sintomatologia ao longo do período gestacional e o nível de gravidade materno-fetal são variáveis em cada caso. Segundo Cordovil (2003), diz que apesar de bem estudada, a “fisiopatologia da pré-eclampsia ainda é desconhecida, assim como também os marcadores preditivos e meios de prevenção eficazes”. Porém, atualmente está sendo amplamente aceito o fato de que a isquemia placentária é um fator fundamental. Sendo assim, Cavalli et al. (2009) tratam da proposta que fatores maternos ligados com a predisposição genética, à adaptação imunológica a gravidez e doenças vasculares pré-existentes possam estar envolvidas nessa doença.

A detecção da tríade sintomática de hipertensão arterial, proteinúria e edema, na gestante, caracteriza o quadro de pré-eclampsia. Geralmente, estes sinais são os primeiros a se manifestar. A hipertensão é o sinal mais freqüente e importante, no qual Rezende (2008) considera como limite de normalidade tensional os valores de 140x90 mmHg, para a pressão diastólica e sistólica, respectivamente. Todavia, deve-se dar atenção ao aumento de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na pressão diastólica, pois podem representar elementos indicadores de hipertensão e anormalidade.

O aumento da pressão sanguínea provoca efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente o vascular, o hepático, o renal e o cerebral. As complicações observadas nesses sistemas podem explicar a alta incidência de mortalidade e morbidade fetal e materna, o que faz da pré-eclampsia uma das principais causas de morte materna no Brasil, 37% das causas de morte obstétrica direta. (CAVALLI et al. 2009, p. 01).

Algumas alterações encontradas na pré-eclampsia divergem das existentes na hipertensão crônica, tais como: lesões das células endoteliais, redução do volume plasmático com aumento da permeabilidade capilar, ativação da cascata de coagulação e da função tubular proximal renal. (CORDOVIL, 2003).

Diversos fatores são usados para explicar o edema na gestação normal: fatores hormonais, diminuição da pressão osmótica do plasma, aumento da pressão capilar e venosa e da permeabilidade dos capilares. Rezende (2000) declara que “sob a atuação isolada ou simultânea desses elementos, observa-se a retenção hídrica no interstício, com um incomum aumento ponderal que, enquanto não se exterioriza, é chamado de edema oculto”. Este tipo de edema é caracterizado pelo aumento de peso instantâneo, diferenciando-se do edema visível pela comprovação do fato por meio da compressão da face anterior dos membros inferiores para a constatação do sinal de Cacifo, e assim podendo ou não evoluir para uma anasarca. Entretanto em uma gestação normal os membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), principalmente mãos e região pré-tibial, são mais acometidos, na pré-eclampsia é mais evidente na região facial e periorbital. (REZENDE, 2000).

Sendo enfatizado por Rezende (2008) que por mais relevante que seja o edema ele é comum na gravidez normal, por isso foi retirado da tríade sintomática. Portanto a conduta terapêutica nesse caso seria o repouso em decúbito lateral esquerdo por maior tempo possível, para promover uma melhora no fluxo útero-placentário; avaliação semanal do peso e níveis pressóricos da gestante e avaliação semanal da vitalidade fetal por meio da ausculta dos batimentos cardiofetais (BCF).

O padrão ouro em exame laboratorial para a avaliação da proteinúria na gravidez é a compilação de urina em 24 horas. Quando há a excreção de 300mg/ 24hs, correlaciona-se geralmente em 1+ em amostra de urina. (REZENDE, 2008). Este valor é descrito na pré eclâmpsia leve, ressaltando-se que a proteinúria pode surgir tardiamente.

Quando há um aumento da proteinúria para maior ou igual a 5g/ 24 hs, sinais de insuficiência cardíaca e sinais premonitórios ou não de alterações hepáticas, este processo nos mostra a instalação da mais grave complicação da pré-eclampsia que é a Síndrome de Hellp (*Hemolysis, elevated liver enzimes, lowplatelets*), sendo descrita por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e redução no número de plaquetas.

Usualmente o diagnóstico da Síndrome de Hellp, dá-se por meio do aparecimento da sintomatologia descrita anteriormente, acrescentando a tríade laboratorial com anormalidades sugestivas de lesão eritrocitária, disfunção com presença ou não de dano hepático e trombocitopenia. A avaliação da lesão/ disfunção hepática é feita pelo nível de aspartato transaminase (AST) e alanina transferase (ALT), a hemólise é percebida no esfregaço sanguíneo periférico exibindo eritrócitos destruídos caracterizando a anemia hemolítica microangiopática. (REZENDE, 2000).

A avaliação dos valores pressóricos sanguíneos, a existência de proteína na urina e o edema, são fatores de risco preditores na pré eclampsia. Todavia, algumas grávidas mesmo não apresentando tais fatores, também vêm desenvolvendo esta síndrome, o que torna necessário, estudos relevantes no que diz respeito a marcadores bioquímicos que possam ser usados para predizer tal condição gestacional. Cavalli (2009) informa que vários estudos tiveram como objetivo a identificação destes marcadores. Entretanto, nenhum deles apresenta atualmente, valor clínico.

A anamnese e o exame físico detalhado continuam sendo os melhores métodos na predição da pré eclâmpsia. Brandão et al. (2010) relata que a história familiar e pessoal da paciente, por si só, conseguem presumir algumas complicações que poderão ocorrer durante o período gestacional.

**Tabela** **1**- Fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclampsia

|  |  |
| --- | --- |
| **Fatores relacionados à gestante** | Nuliparidade  Idade  História familiar  Passado de pré eclampsia  Hipertensão arterial essencial  Doença renal/ tireoideopatias  Resistência à insulina/ diabetes/ obesidade  Trombofilias  Doenças autoimunes |
| **Fatores relacionados ao casal** | Primipaternidade  Exposição limitada ao esperma  Inseminação artificial heteróloga  Fertilização *in vitro* com doação de oócito  Parceiro com mulheres anteriores com pré eclampsia |
| **Fatores relacionados à gravidez** | Gestação múltipla  Hidropisia fetal  Cromossomopatias (trissomia do 13 e triploidias)  Mola hidatiforme |

**Fonte**: Dekker et al. (1995) – Am J Obstet Gynecol 173: 1042-8.

O prognóstico precoce é claramente importante e necessário, para que se direcionem cuidados especiais, medidas preventivas e esclarecimentos efetivos que poderiam diminuir os riscos materno-fetais.

Em vista de uma nova dinâmica econômica e social, observa-se uma tendência maior das mulheres optarem por engravidar em idade tardia, fazendo com que haja uma crescente prevalência na hipertensão arterial crônica intercorrente na gestação. (SASS et al. 2002). Sendo a incidência maior da pré-eclampsia nas primigestas de idade avançada.

Habitualmente, a pré eclâmpsia vinha sendo classificada de acordo com a gravidade das manifestações da doença em leve (HAS- 140x90 mmHg, proteinúria e edema após a 20ª semana da gestação) ou grave (HAS- 160x110 mmHg, proteinúria, sinais de insuficiência cardíaca incipiente, confusão mental, escotomas e sinais premonitórios da Síndrome de Hellp). Porém, estudos recentes estão sugerindo uma nova classificação fundamentada na época do início das manifestações clínicas. É proposta a classificação em: precoce e tardia acredita-se que essas duas formas apresentam etiologia variada e adaptações hemodinâmicas diversas. (BRANDÃO et. al., 2010). Diante do contexto apresentado, vamos trabalhar em cima da classificação que dá o enfoque no momento do surgimento da sintomatologia. Reis et al. (2010) informa que o mais freqüente critério utilizado para a diferenciação em precoce e tardia tem sido o corte em 34 semanas de gestação.

A pré eclâmpsia precoce (abaixo de 34 semanas) é associada essencialmente à remodelação placentária incorreta, com evidentes lesões isquêmicas ao exame da placenta. Pesquisas mostram que é constante a associação com o crescimento intra-uterino restrito (CIUR), as pacientes apresentam débito cardíaco baixo e resistência vascular sistêmica aumentada, além de o risco de desenvolvimento é maior naquelas pacientes com idade superior a 35 anos. (SCALA et al., 2010).

Em contra partida a pré eclâmpsia tardia (acima de 34 semanas), está mais ligada a fatores constitucionais maternos, como o índice de massa corporal (IMC) aumentado, sendo o envolvimento no desenvolvimento fetal menor e o resultado perinatal mais favorável. As gestantes que apresentam esta forma desencadeiam débito cardíaco aumentado e resistência vascular sistêmica reduzida. (SCALA et al., 2010).

Sass et al. (2002) nos relata que não está definido de forma clara em qual nível pressórico possuiria benefícios materno-fetal na utilização associada de substâncias hipotensoras. Mas sem que se tenha certeza dos benefícios, estes medicamentos são vastamente prescritos, não dando importância para a caracterização de cada intercorrência hipertensiva na gestação.

A crise hipertensiva pode caracterizar-se em urgência (ausência de sintomatologia clínica) ou emergência hipertensiva (presença de sintomatologia clínica). [...] pode manter-se como urgência, em que a ausência de comprometimento de ógãos-alvo permite o controle pressórico em até 24 horas ou iniciar-se e/ou evoluir para emergência, quando o controle pressórico deve ser rápido, em até 1 hora. [...] Idealmente preconiza-se a internação. (BRASIL, 2003, p.35-36).

O mais relevante na terapêutica anti-hipertensiva é reduzir rapidamente a hipertensão arterial sempre de maneira controlada para não haver complicações cardíacas, renais e cerebrais, protelar a retirada do concepto que ainda não apresenta peso e vitalidade adequada e evitar a redução do fluxo útero-placentário, assim consequentemente impedindo o sofrimento fetal. O tratamento farmacológico na hipertensão arterial durante a gravidez continua incerto, pois não há comprovação efetiva da prevenção de complicações específicas da pré eclampsia. (NETO et al. 2010).

O Ministério da Saúde (2003) mostra que “o cloridrato de hidralazina é um relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a droga de primeira escolha para o tratamento agudo da hipertensão grave na gestação”. É feito por via endovenosa, em doses de 5 mg, repetindo a aplicação a cada 15 ou 20 minutos, até atingir a dose total de 20 mg, o seu efeito hipotensor dura em média entre duas a seis horas, não havendo resposta terapêutica deve-se pensar em outro medicamento. Deve-se evitar o uso prolongado deste fármaco, pois ele reduz a perfusão renal.

Entretanto estudos recentes associaram o uso da hidralazina com maior risco de hipertensão persistente, hipotensão, oligúria, descolamento prematuro de placenta, cesarianas, alterações na freqüência do BCF e baixos escores de Apgar. (NETO et al. 2010).

O uso da nifedipina também é de primeira escolha, mas a sua utilização é feita quando a hidralazina não produziu o efeito desejado ou quando a dose máxima foi alcançada. Neto et al. (2010) informa que a nifedipina é mais segura e eficaz, do que a hidralazina para o controle do níveis pressóricos. É um antagonista dos canais de cálcio, possui efeito vasodilatador, sua administração é feita por via oral, com posterior ação de 10 a 30 minutos e com duração entre três e cinco horas. Recomenda-se a dose inicial de 5 a 10 mg, podendo ser repetida a cada 30 minutos atingindo uma dose máxima de 30 mg.

O Ministério da Saúde (2003) destaca que o uso simultâneo com o sulfato de magnésio pode exacerbar o efeito colateral do magnésio, provocando parada cardiorespiratória (PCR), além de hipotensão severa.

Estudos recentes mostram que o uso de beta-bloqueadores orais diminuiu o risco de picos hipertensivos e a adição de outras drogas anti-hipertensivas. Porém, existe a associação do aumento da incidência de neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG) com a utilização desta classe de medicamentos. (NETO et al. 2010). Por outro lado, é perigoso afirmar com exatidão se alguns são mais seguros do que outros beta-bloqueadores.

Para o Ministério da Saúde (2003) o nitroprussiato de sódio é um forte vasodilatador, devendo ser usado em regime intensivo de tratamento, nas situações de risco materno, com hipertensão refratária a outros medicamentos. É recomendação essencial que haja a monitorização hemodinâmica central, sendo que o tempo de utilização é limitado.

Neto et al. (2010) expõe que os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e o uso dos diuréticos na pré eclampsia são contraindicados, este último por diminuir o volume plasmático nessa pacientes. Segundo o Ministério da Saúde (2003) os inibidores da ECA estão proscritos durante o período gestatório, visto que provocam óbito fetal intra-uterino e malformação fetal. Sendo a furosemida usada nos casos de insuficiência renal aguda e edema pulmonar comprovados.

Deste modo a escolha de um fármaco para o tratamento de crises hipertensivas e hipertensão aguda na gestação precisa ser fundamentada na prática médica de cada clínico e ainda possuir experiência com determinadas substâncias, bem como conhecer os possíveis efeitos colaterais.

O tratamento definitivo da pré eclampsia é o parto, porém depende de fatores como idade gestacional, vitalidade fetal, gravidade do quadro da mulher acometida e presença ou não de complicações, nestas condições deve-se decidir pela interrupção da gravidez ou conduta em função das condições fetais. Enquanto não é recomendável ou possível a retirada do concepto, é proposto o tratamento anti-hipertensivo da gestante, hospitalização com repouso materno e aceleração da maturidade pulmonar fetal com o uso de corticóides. Neto et al. (2010) admite que “o uso da corticoterapia exibe terapêutica essencial, pois permite a ausência de riscos maternos adicionais e diminui o perigo oriundo da prematuridade”.

Esta interrupção pode ser por cesariana eletiva ou indução do trabalho de parto. Na pré-eclampsia grave existe um maior risco de complicações na realização de cesariana, visto que há ocorrências de manifestações hemorrágicas, infecção, picos hipertensivos e conseqüente hospitalização com maior duração. (NETO et al. 2010).

O parto vaginal em mulheres com pré-eclampsia deve ser incentivado e tentado, a não ser que existam outras indicações obstétricas para a cesariana, como por exemplo, o sofrimento fetal e anomalias.

É indispensável considerar que somente a utilização isolada de medicamentos não restitui a normalidade do ciclo gravídico. Deve-se ter em mente que o acesso das gestantes aos serviços de assistência pré-natal em tempo oportuno pode trazer inúmeros benefícios, enfatizando que a equipe multiprofissional precisa orientar as gestantes quanto aos aspectos e sinais de possíveis alterações, bem como recorrer aos serviços de saúde na ocorrência de eventualidades que possam afetar a gestação.

Diante disso, a qualidade na assistência prestada durante o pré-natal, será evidenciada em gestações sem intercorrências, partos vaginais sem alterações, manutenção da saúde materna e fetal, além da redução na incidência de morbimortalidade materno-fetal.

**2.5 O PROCESSO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM**

Quando uma gestante vem pela primeira vez a um atendimento de pré-natal, ainda não somos capazes de entender os múltiplos significados da gestação na vida desta mulher. Entender o contexto em que se deu essa gestação, ressaltando que isso influência substancialmente em seu desenvolvimento, a relação desta gestante com a sua família são ações fundamentais para o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a ela e o profissional. Através desse vínculo, a história que cada gestante carrega em seu próprio corpo será paulatinamente contada durante o pré-natal, lembrando que ao contarem sua história as mulheres esperam obter ajuda para esclarecer dúvidas e mudanças que ocorrem durante o período gestacional, afastar os medos e proibições relacionadas à sexualidade. Elas buscam esclarecimentos sobre a alimentação, parto, exercícios, cuidados com o bebê. Enfim uma série de questões que são únicas para cada mulher, mesmo para quem já teve outros filhos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a promoção à saúde no pré-natal ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar.

Através de um conjunto de procedimentos clínicos e educativos o enfermeiro tem a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento da gravidez, além de promover a saúde da gestante. Para tanto, este atendimento deve ser organizado objetivando atender às reais necessidades da população de grávidas, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes.

A educação em saúde é o primeiro passo, sendo de fundamental importância na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e modificação no modo de viver. Contudo, isso não é tarefa fácil diante de diversos fatores que influenciam o comportamento e causam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença. O conhecimento da doença e o seu tratamento, apesar de ser o primeiro passo, não implicam necessariamente aderência, pois demanda transformações de comportamentos que, na maioria das vezes, só são conseguidas a médio ou longo prazo. Toda atividade educacional deve estar direcionada para o autocuidado. O trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde é proveitoso por propiciar troca de conhecimentos, favorecendo esclarecimentos de dúvidas e atenuando ansiedades, pelo convívio com problemas semelhantes. (BRASIL, 2006).

Os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar as seguintes medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade: manter o diálogo com a mulher e seu acompanhante [...]; informar sobre as rotinas[...], procedimentos a serem desenvolvidos [...] e as etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto [...]; adotar medidas para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento; e dar à gestante e seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto e a segurança da mulher e do recém-nascido. (BRASIL, 2001, p.27).

Portanto, a garantia de um momento de escuta, sem julgar nem gerar preconceitos é algo que vai motivá-la a procurar cada vez mais este serviço. Durante este momento o profissional deve procurar esclarecer todas as dúvidas que surgirem, acolhendo cada história de forma individual e apontando soluções para possíveis problemas que possam aparecer durante a conversa.

O profissional enfermeiro deve ser um instrumento para que a gestante adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentamento nas situações de estresse, de crises e decisões sobre a sua vida e saúde. (RIOS e VIEIRA, 2007). E um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, e se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e até mesmo, negatividade.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico é fundamental, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva e sem medos, ter menos chances de complicações no puerpério e maior sucesso na amamentação.

Rios e Vieira (2007) consideram “o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino”, no qual os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, e que buscam devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério, de forma segura e confortável. Este processo educativo é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para que os enfermeiros desenvolvam a educação como um dimensionamento no processo de cuidar.

**3. METODOLOGIA**

**3.1) Caracterização geral do estudo**

O estudo será desenvolvido na área de prevenção e promoção a saúde, junto a um contingente de gestantes atendidas durante a assistência pré-natal, tendo como campo de pesquisa duas instituições de saúde da cidade de Santarém-Pa.

Optamos pela realização de uma abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e comparativo, tendo como principal objetivo analisar os saberes das gestantes atendidas durante o pré-natal nas UBS’s.

Em relação à abordagem quanti-qualitativa diz-se que:

[...] quantitativo significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações. [...] A abordagem qualitativa nos leva, entretanto, a uma série de leituras sobre o assunto da pesquisa, o que autores e especialistas descrevem sobre o assunto, e apartir daí estabelecer uma série de correlações para, ao final darmos o nosso ponto de vista conclusivo. (OLIVEIRA, 2000 p.115 e 117).

Segundo MINAYO (1996), as pesquisas qualitativas trabalham com significados, motivações, valores e crenças e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois que, respondem a noções muito particulares. Entretanto, os dados quantitativos e os qualitativos acabam se complementando dentro de uma pesquisa.

Quanto aos estudos descritivos, Oliveira afirma que eles possibilitam:

O desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. É um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. (OLIVEIRA, 2000 p.114).

Diante disso, opta-se pela abordagem quanti-qualitativa em decorrência de nosso objeto de estudo, exploratória, pois permite aumentar a nossa experiência sobre o objeto de estudo e descritiva “destinando-se a descrever as características de determinadas situações”. (OLIVEIRA, 2000).

**3.2 Campos de desenvolvimento do estudo**

O estudo foi realizado em dois locais, sendo uma UBS e a outra ESF.

A UBS atua como unidade escola para estagiários e acadêmicos de enfermagem e medicina, atendendo a população com diversas ações, tais como: vacinação, programa do crescimento e desenvolvimento (CD), programa de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), programa de saúde mental, coleta do preventivo do câncer do colo uterino (PCCU), pré-natal, consultas médicas e atendimentos de enfermagem. As consultas pré-natais ocorrem todas as segunda-feira e quarta-feira do mês, nos turnos da manhã e tarde.

Com relação aos recursos humanos responsáveis pela prestação de cuidados as gestantes que realizam pré-natal, a instituição conta com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, técnicos, agente comunitário de saúde (ACS), agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, entre outros.

A implantação da estratégia de saúde da família se dá por meio de equipes de saúde compostas por no mínimo, 01 médico generalista, 04 a 06 agentes de saúde, trabalhadores de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiro. Pressupõe-se que eles prestem assistência para 600 a 1000 famílias adscritas à UBS, referentes a uma área de abrangência, de território delimitado. (BRASIL, 2007 apud NUNES, 2010, p.15).

Em relação à ESF, é uma instituição pública, que atende a diversas famílias, desenvolvendo as mesmas ações da UBS. Por ser um bairro muito extenso, esta instituição é dividida em dois núcleos sendo classificados I e II, nos quais existem duas enfermeiras responsáveis pelos atendimentos, além de técnicos, ACS, médicos, dentistas, técnico em higiene dental (THD), agentes administrativos e auxiliares de serviços gerais.

Escolhemos estas instituições por serem responsáveis pelos primeiros atendimentos as gestantes, sendo os profissionais incumbidos de repassar todas as informações pertinentes a gestação normal e identificar ainda na atenção primária qualquer alteração relacionada ao ciclo gravídico patológico.

**3.3 Caracterização do objeto de estudo**

Participou do estudo um contingente de gestantes devidamente inscritas no PHPN e que frequentam as consultas periodicamente. Utilizaram-se os seguintes critérios para inclusão dessas gestantes no estudo:

* Estar inscrita no programa de pré-natal da instituição;
* Ter mais de 12 semanas de gestação;
* Ter realizado no mínimo duas consultas pré-natais;
* Ter 18 anos ou mais;
* Concordar em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (APÊNDICE 1)

A caracterização dos sujeitos foi realizada com a utilização da nomenclatura a seguir, ficando garantido o sigilo e o anonimato: Gest. x/y (onde x corresponde ao local onde foi feita a pesquisa, sendo 1 para a UBS e 2 para a ESF, y corresponde ao número de algarismo arábico em ordem crescente das gestantes); p. ex.: Gest. 1/7 (Gestante atendida na UBS e a 7ª mulher a ser entrevistada).

Por trata-se também de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi determinado pelo principio da saturação. Este princípio indica que “a coleta de dados se encerra, quando os dados evidenciam um grau de repetição nos argumentos, percepções, sentidos, não havendo mais a obtenção de informações novas” (Minayo, 2007). Dessa forma, participaram 25 gestantes, sendo 12 da UBS e 13 da ESF, e outras 04 gestantes constituíram o pré-teste.

Sendo assim, trabalhamos com participantes escolhidos por meio de uma amostragem aleatória simples, a qual, segundo Yule e Kendall (1970) apud Marconi e Lakatus (2008), “a escolha de um indivíduo, entre uma população, é ao acaso (aleatória), quando cada membro da população tem a mesma probabilidade de ser escolhido”.

**3.4 Instrumentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, onde são combinadas perguntas abertas e fechadas, previamente definidas, na qual o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. De acordo com Marconi e Lakatus (2010), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante conversação de natureza profissional”.

A entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. (HAGUETTE, 1997 apud QUARESMA, 2005, p. 72).

A entrevista semi-estruturada segundo Minayo (2007) “consiste em perguntas dirigidas, abertas e orientadas por uma questão norteadora”. Este tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados. “A principal vantagem da entrevista aberta e também da semi-estruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse”. (QUARESMA, 2005).

A entrevista deve proporcionar ao pesquisado bem-estar para que ele possa falar sem constrangimento de sua vida e de seus problemas e quando isso ocorre surgem discursos extraordinários. (QUARESMA, 2005, p.77).

Para obtenção dos dados, utilizamos um formulário, o qual é apontado por Marconi e Lakatus (2010) como “um dos instrumentos essenciais para investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”.

O formulário foi dividido em três seções: a primeira relativa a informações sociodemográficas, onde foram solicitados: idade, estado civil, escolaridade, profissão, idade gestacional em que começou o acompanhamento pré-natal, quantas consultas realizadas e renda familiar, com o intuito de caracterizar as gestantes participantes do estudo. A segunda seção diz respeito ao conhecimento da pré-eclampsia e a terceira seção busca identificar a forma de abordagem educativa utilizada durante o pré-natal pelos profissionais de saúde (ANEXO 2).

**3.5 Procedimento de coleta de dados**

Após a liberação do estudo, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém e das instituições mediante contato prévio, foi realizada a entrevista. De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 sobre ética em pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), foram dadas as explicações as participantes sobre o tipo de estudo e os objetivos da pesquisa, garantia de sigilo em seus depoimentos, finalidade da investigação e voluntariedade em participar do mesmo. Também foi comunicada a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, sem que isso venha causar prejuízos. Foi ressaltado ainda que não haveria nenhum gasto financeiro por parte dos entrevistados, bem como nenhum ressarcimento pelos mesmos participarem do estudo. (ANEXO 1). Após as explicações iniciais, procedemos à solicitação da assinatura do TCLE.

Ressalta-se que, antes da aplicação dos formulários, houve um pré-teste, onde foram entrevistadas 4 gestantes, escolhidas aleatoriamente e que aceitaram participar do estudo, com o intuito de verificar a viabilidade do formulário, sendo reajustado de acordo com a necessidade. O instrumento mostrou-se adequado ao entendimento das entrevistadas, havendo apenas necessidade uma pequena reformulação.

Depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida. A análise dos dados, após a tabulação, evidenciará possíveis falhas existentes, [...]. Verificadas as falhas, deve-se reformular o questionário, conservando, modificando, ampliando ou eliminando itens; [...]. O pré-teste serve também para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos: fidedignidade, validade e operatividade. (MARCONI e LAKATOS, 2008, p. 88).

A seleção das gestantes ocorreu inicialmente através da identificação das mesmas, mediante contato com os funcionários e manuseio dos prontuários, buscando as que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. Em seguida abordávamos a gestante, explicando os objetivos e a importância do estudo, solicitando sua autorização através do TCLE. Nas pesquisas realizadas nas unidades requeremos um espaço nas instituições, com o intuito de garantir a privacidade necessária para o bom andamento do diálogo entre o pesquisador e o pesquisado. Porém, como a maioria das entrevistas, foram feitas no domicílio, buscamos um local adequado para a obtenção de melhores resultados.

O pesquisador deve entrar em contato com o informante e estabelecer, desde o primeiro momento, uma conversação amistosa, explicando a finalidade da pesquisa, seu objeto, relevância e ressaltar a necessidade de colaboração. É importante obter e manter a confiança do entrevistado, assegurando-lhe o caráter confidencial de suas informações. Criar um ambiente que estimule e que leve o entrevistado a ficar a vontade e a falar espontaneamente e naturalmente, sem tolhimentos de qualquer ordem, mantendo a conversa em um universo de cordialidade e amizade. (MARCONI e LAKATUS, 2008 p. 84).

No início da coleta de dados, foram encontrados alguns obstáculos, sendo que, a pesquisa estava programada para acontecer apenas dentro da unidade de saúde, no entanto, devido a escassez de gestantes freqüentando o pré-natal nas semanas em que a pesquisa foi realizada, optamos pela realização de pesquisa em domicílio, estas previamente analisadas, obtendo o endereço apenas das gestantes que se encaixavam na pesquisa. Outra questão foi o atraso no recebimento do aceite da enfermeira da unidade universitária de saúde, pois iniciamos as pesquisas em meados da semana, e a mesma só estaria na unidade no início da semana seguinte. No entanto, apesar dos contratempos enfrentados, pode-se concluir a pesquisa em tempo hábil.

Sendo assim, após a assinatura do TCLE, mantivemos conversas informais, criando um ambiente propício para o início da pesquisa. Foram realizadas 25 entrevistas para constituir a tabulação dos dados, procurando sempre respeitar o tempo de cada resposta, com o intuito de deixar a gestante à vontade para discorrer sua resposta, tendo uma duração média de 20 minutos. As entrevistas ocorreram de forma espontânea e os discursos foram anotados no formulário da forma que elas responderam, buscando manter a veracidade das respostas.

O material coletado fica em posse das acadêmicas-pesquisadoras, e serão guardados por um período de três anos. As informações obtidas são confidenciais e sigilosas, garantindo o anonimato dos sujeitos de estudo.

**4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No presente estudo foram entrevistadas 29 gestantes, sendo 12 da UBS e 13 da ESF inscritas e participantes do programa de pré-natal das unidades de saúde do município de Santarém.

Este capítulo é constituído por informações que caracterizam as participantes da investigação. Ele está subdividido conforme as sessões do formulário, onde foram questionados os conhecimentos que as gestantes têm sobre a pré-eclampsia e sua percepção sobre a qualidade dos atendimentos de enfermagem.

**4.1 Caracterização dos Sujeitos de Estudo**

A seguir serão apresentados os gráficos e tabelas que caracterizam as gestantes, seguidas de suas respectivas análises.

Com base nas análises estatísticas do tipo descritiva, podemos perceber uma heterogeneidade em relação à faixa etária participante da pesquisa. Na UBS, obteve-se 25% na faixa etária de 18 aos 21 anos, no entanto a faixa etária com maior frequência encontra-se entre 22 a 30 anos com aproximadamente 66% e 9% dos 30 aos 33 anos, enquanto que na ESF, as maiores freqüências ocorreram entre 18 aos 22 anos, totalizando 46% das entrevistadas, seguidas de 31% dos 26 aos 29 anos, 15% dos 30 aos 31 anos e 8% dos 34 aos 37 anos, como podemos observar na tabela 1.

**TABELA 2 –** Faixa etária das gestantes das unidades de saúde de Santarém no ano de 2011

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAIXA ETÁRIA**  **(em anos)** | **UBS** | **ESF** | | |
| Nº | % | Nº | % |
| 18 I----- 22 | 3 | 25 | 6 | 46 |
| 22 I----- 26 | 4 | 33 | - | - |
| 26 I----- 30 | 4 | 33 | 4 | 31 |
| 30 I----- 34 | 1 | 9 | 2 | 15 |
| 34 I----- 38 | - | - | 1 | 8 |
| **TOTAL** | 12 | 100 | 13 | 100 |

Fonte: Dados das pesquisadoras.

Ao compararmos os resultados, podemos afirmar que, no que tange à idade das gestantes que participaram do estudo, as atendidas na ESF têm um maior risco de desenvolver a pré-eclampsia, pois, se co-relacionarmos a um estudo realizado por GONÇALVES (2005), onde “a maioria das gestantes que receberam diagnóstico de hipertensão arterial durante a gestação, estavam entre 15 e 19 anos”. Percebemos que este dado coincide com relatos de outros autores, o que determina a necessidade de atenção mais abrangente à saúde destas mulheres. Além disso, as mulheres com idade avançada também tem maior probabilidade de desenvolver a doença, fato que também constatamos nas gestantes da ESF.

**TABELA 3 –** Renda familiar das gestantes das unidades de saúde de Santarém NO ANO DE 2011

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENDA FAMILIAR**  **(em salários mínimos)** | **GESTANTES** | | | |
| **UBS** | **ESF** | | |
| f | % | f | % |
| **1 I-----I 2** | 8 | 67 | 10 | 77 |
| **3 I-----I 4** | 4 | 33 | 2 | 15 |
| **5 I-----I 6** | - | - | 1 | 8 |
| **TOTAL** | 12 | 100 | 13 | 100 |

Na tabela 2 verifica-se que a renda familiar a maioria das gestantes de ambas as unidade de saúde relatou ter renda familiar de 1 a 2 salário mínimos, correspondendo a 67% na UBS e 77% na ESF, seguidos de 33% UBS e 15% ESF que afirmaram viver com 3 a 4 salários mínimos e apenas uma gestantes da ESF referiu ter renda familiar de 5 a 6 salários mínimos. Considerou-se importante analisar a renda familiar, pois, serve como subsídio para avaliarmos as condições socioeconômicas das gestantes, sendo que, em situações precárias de vida ela pode estar mais vulnerável ao aparecimento de doenças. Portanto diante desta afirmação, pode-se observar que tanto as gestantes da UBS, quanto da ESF, em sua maioria vive com uma renda mensal de até dois salários mínimos, levando em consideração a quantidade de pessoas que vivem na casa e dependem daquela renda, pode-se dizer que esta renda não oferece um padrão de vida estável a esta gestante.

**4.2 Conhecendo a pré-eclampsia**

Seguem os dados que caracterizam o nível de conhecimento das gestantes sobre a pré-eclampsia. Por ser um estudo comparativo, buscamos realizar a mesma quantidade de entrevista em ambas as unidades de saúde, mais devido à dificuldade de encontrar as gestantes, realizamos 12 entrevistas na unidade básica de saúde e 13 na estratégia de saúde da família. Portanto constituem as proporções apresentadas a seguir, um número de 25 gestantes.

Ao iniciar esta seção as gestantes eram indagadas sobre a hipertensão arterial na gestação, perguntando se elas já ouviram falar em hipertensão durante a gestação. Como resultado, 76% da unidade básica e 92% da estratégia de saúde da família afirmaram já ter ouvido relatos sobre a ocorrência.

**UBS**

**ESF**

**GRÁFICO 1** – Distribuição das gestantes da UBS e ESF, de Santarém, no ano de 2011, sobre o conhecimento da hipertensão durante a gestação

Fonte: Dados das pesquisadoras

No entanto, ao pedir para que elas falassem um pouco do que sabiam sobre a hipertensão, a maioria não soube responder, e as poucas respostas obtidas, não forneciam informações completas, como podemos observar a seguir:

*Quando ela aparece durante a gestação, significa dizer que a gravidez é de risco e necessita cuidados especiais. Gest. 2/5*

*Mãe e bebê correm risco de morte durante o parto. Gest. 1/1*

*Ocorre quando a mulher fica nervosa ou quando alguém da família tem a gestante pode desenvolver também. Gest. 1/11*

*É um agravo a gestação e traz conseqüências posteriores. Gest. 1/10*

Estes relatos chamam-nos atenção pelo fato de serem inclusas no estudo apenas as gestantes cadastradas no programa de pré-natal, onde por direito, era para serem informadas sobre a importância de qualquer procedimento a ser realizado com elas. No entanto, no decorrer das entrevistas, percebemos que, todas as gestantes, ao chegarem ao centro de saúde, são encaminhadas a uma sala onde será verificado o seu peso e sua pressão, mas em nenhum momento, elas são informadas sobre a importância daquele ato, fato este, que impossibilita que ela venha a adquirir mais conhecimento durante as consultas. Dificuldade de comunicação entre o profissional e a usuária nas unidades de saúde. Em especial na ESF em que o vínculo, o envolvimento, precisam ser trabalhados, não se percebe a centralização das atividades nos princípios da promoção à saúde, buscando a compreensão dos processos saúde-doença.

Consideramos importante avaliar a média da pressão das gestantes entrevistadas, onde os valores obtidos, considerando o total de participantes de cada local, foram 116x61mmHg nas gestantes da UBS e 104x69mmHg nas gestantes da ESF. Isto serviu para detectarmos se elas haviam apresentado alguma alteração nos níveis tencionais durante a gestação. Além disso, durante a oportunidade, aproveitamos para repassar algumas informações importantes sobre a ocorrência da patologia durante a gestação, visto que, as gestantes demonstraram grande interesse pelo conhecimento da temática, onde por meio de questionamentos, tiveram a oportunidade de esclarecer algumas dúvidas relacionadas ao desenvolvimento da patologia.

A avaliarmos os conhecimentos sobre a pré-eclampsia, obtivemos as seguintes proporções, descritas no gráfico 2:

**UBS**

**ESF**

**GRÁFICO** **2** – Distribuição das gestantes das unidades de saúde, de Santarém, no período de 17/10/11 a 28/10/11, com relação ao conhecimento da pré-eclampsia

Fonte: Dados das pesquisadoras

No que diz respeito ao conhecimento da pré-eclampsia por parte das gestantes da UBS a proporção foi similar, pois metade conhecia o que é pré-eclampsia e a outra metade desconhecia esta patologia. Em contrapartida na ESF, 62% das gestantes entrevistadas souberam responder o que é pré-eclampsia e 38% não obtiveram resultado positivo na resposta. Estes dados nos remetem a idéia de que a maioria das gestantes já ouviu falar sobre a ocorrência da doença, no entanto ao indagarmos o que elas realmente sabiam dizer sobre a patologia, a maioria não soube descrever, e as respostas obtidas não foram claras, as idéias ficaram mal formuladas, como podemos observar:

*É o aumento da pressão que pode afetar o feto e até a mãe, trazendo complicações na hora do parto. Gest. 1/10*

*É uma doença que causa inchaço principalmente nas mãos e no rosto, geralmente precisa salvar o bebê ou a mãe. Gest. 2/8*

*É uma doença relacionada ao aumento da pressão arterial, podendo se manifestar antes ou durante o parto, trazendo um grande risco tanto para a mãe quanto para o feto. Gest.2/6*

*É uma conseqüência da pressão alta, onde a gestante pode apresentar inchaço no corpo. Gest. 1/7*

*A mulher pode morrer durante a gestação ou parto. Causa inchaço e está relacionado ao consumo de muito sal na comida. Gest. 2/2*

Tais depoimentos nos revelam o vago conhecimento destas gestantes frente a esta doença, onde a maioria sabe que ela esta relacionada ao aumento da pressão e que muitas vezes pode ser responsável pela morte tanto da mãe, quanto do feto. No entanto, durante as entrevistas, percebemos que tais conhecimentos, são adquiridos ao acaso, sendo muitas vezes relacionados à ocorrência da doença em outra pessoa.

Em relação ao gráfico 3 os resultados obtidos nos mostram que 75% da UBS e 70% da ESF não notaram o aparecimento de edema em nenhuma parte do corpo. No entanto, apesar de apenas 25% da UBS e 30% da ESF terem relatado o aparecimento, estes dados nos traduzem a necessidade de uma maior atenção nestas gestantes durante o atendimento pré-natal, estando o profissional de saúde, atento ao aumento de peso e da pressão arterial, e não esquecendo de solicitar o exame de urina para a detecção precoce de proteinúria, sinais esses, que em conjunto caracterizam a pré-eclampsia.

**ESF**

**UBS**

**GRÁFICO 3** – Distribuição das gestantes das unidades de saúde, de Santarém, no período de 17/10/11 a 28/10/11, em relação ao aparecimento de edema no corpo durante a gestação

Fonte: Dados das pesquisadoras

Faz-se necessário a verificação da ocorrência de edema durante todas as consultas pré-natais, pois, este inicialmente constitui o chamado “edema oculto”, podendo ser identificado apenas através da mensuração do peso da gestante. Posteriormente este pode tornar-se generalizado sendo possível sua identificação pelo Sinal de Cacifo. Ressalta-se, portanto, que durante a gravidez é comum o aparecimento de um edema nos MMII devido ao aumento de peso desta gestante e a diminuição do retorno venoso. Diante disto, as gestantes foram instigadas sobre a presença de edema no corpo principalmente nas mãos e rosto, durante o período gestacional.

No que tange ao aparecimento de hipertensão ou pré-eclampsia na família, pode-se notar que em relação a UBS os dados obtidos não se diferem, pois 50% relatam ter alguém na família que possui uma das patologias e a outra metade nega tal existência. Já na ESF, numa proporção de 54% afirmaram não ter casos das patologias na família. Todavia, fez-se necessário a análise dos antecedentes familiares das gestantes, pois ambas as patologias têm características hereditárias, sendo, portanto, possível afirmar que 50% das gestantes da UBS e 46% das gestantes da ESF, têm uma maior probabilidade de desenvolver estas doenças durante a gestação. Vale ressaltar, que a maioria dos relatos foi da existência de hipertensão arterial na família, fato este que não exclui a vulnerabilidade dessas gestantes. Podemos perceber estes dados através do gráfico 6.

**ESF**

**UBS**

**GRÁFICO 4** – Distribuição das gestantes das unidades de saúde, de Santarém, no ano de 2011, com relação à ocorrência de hipertensão ou pré-eclampsia na família

Fonte: Dados das pesquisadoras

Sobre a ocorrência de hipertensão ou pré-eclampsia em gestações anteriores, obteve-se resposta negativa em 100% das gestantes da UBS, enquanto na ESF 13% relataram ter apresentado uma das patologias em gravidez anterior, sendo que uma delas, afirmou ter desenvolvido um quadro de eclâmpsia, na sua primeira gestação. Chama-nos atenção o fato de algumas gestantes estarem freqüentando a assistência pré-natal de baixo-risco, quando elas deveriam estar em unidades de referência para atendimentos mais qualificados, os quais venham a minimizar os riscos de ocorrência de futuras complicações no decorrer do período gestacional, visto que, dentre os principais fatores de risco elencados pelo Ministério da Saúde está a ocorrência da patologia em gestações anteriores ou história familiar.

Além da ocorrência da doença em gestação anterior, também podemos ressaltar que ao analisarmos os cartões das gestantes, na relação de gestação/parto/aborto (G/P/A), constatamos que 25% das gestantes da UBS relataram o acontecimento de aborto durante gestações anteriores, as quais deveriam ser avaliadas através da ficha de risco gestacional. A enfermagem ao atender gestantes com problemas ou comorbidades associadas à gestação, deve avaliá-la, e de acordo com a necessidade deve garantir acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado.

**4.3 Abordagem educativa durante o pré-natal:**

**UBS**

**ESF**

**GRÁFICO 5** – Distribuição das gestantes da UBS e ESF, em Santarém, no ano de 2011, sobre o recebimento de informação da importância da verificação da pressão arterial durante o pré-natal

Fonte: dados das pesquisadoras

Ao perguntarmos as gestantes se durante a assistência de enfermagem ela recebiam informações sobre a importância da pressão arterial, em ambas as respostas que constituíram a maioria foi não, cerca de 75% na UBS e 70% na ESF, relataram que durante o pré-natal, a enfermagem não repassa informações sobre a importância de verificar a pressão da gestante, eles só informarão se a mesma perguntar para que serve aquele procedimento. No entanto, como já vimos, a pré-eclampsia é uma patologia de natureza insidiosa, para a qual a gestante deve estar preparada para identificar o aparecimento de qualquer sinal ou sintoma, e consequentemente buscar rapidamente ajuda de profissionais. Mas, se essas informações não estão sendo repassadas de forma adequada, jamais conseguiremos realizar um diagnóstico precoce da doença.

Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal e informações sobre o que está ocorrendo com o seu corpo, como minimizar os desconfortos provenientes das alterações gravídicas, avaliar os sinais de risco e aprender a lidar com os mesmos, quando a eles estiver exposta. Somente através do pré-natal que as gestantes podem saber como está sua saúde e seu filho, mas para isso, faz-se necessário por parte da enfermagem uma visão mais abrangente sob esta mulher, buscando complementar o aprendizado e minimizando suas dúvidas e anseios.

**ESF**

**UBS**

**GRÁFICO 6** – Distribuição das gestantes da UBS e ESF, de Santarém, no ano de 2011, quanto ao recebimento de informações sobre a detecção precoce da pré-eclampsia

Fonte: Dados das pesquisadoras

Como já observamos as gestantes não estão recebendo as informações necessárias para o desenvolvimento saudável de sua gestação. Neste gráfico é possível confirmar este fato. Em relação às gestantes da unidade de saúde, mais de 90% relatou que não recebe informação sobre a detecção precoce da pré-eclampsia. Ao compararmos com as gestantes da estratégia de saúde da família, pode-se perceber que a proporção de gestantes que não estão sendo informadas foi menor, cerca de 70%, no entanto considera-se ainda um índice altíssimo.

**UBS**

**ESF**

**GRÁFICO 7** – Distribuição das gestantes das unidades de saúde, em Santarém, no período de 17/10/11 a 28/10/11, quanto ao nível de linguagem utilizada durante o atendimento pré-natal e a oportunidade de esclarecer dúvidas

Fonte: Dados das pesquisadoras

Neste gráfico podemos perceber uma distinção em relação às respostas anteriores, pois a maioria das gestantes afirmou não receber informações sobre a importância da verificação da pressão arterial e detecção precoce da pré-eclampsia, no entanto, 75% da UBS e 87% da ESF dizem que as informações repassadas durante o pré-natal são de forma clara, onde elas conseguem entender perfeitamente o nível de linguagem e tem oportunidade de esclarecer suas dúvidas. Todavia, considerando que um dos objetivos deste estudo é avaliar a qualidade da assistência pré-natal, faz-se necessário esclarecer que, ao perguntarmos sobre o nível de linguagem utilizado durante a assistência, as respostas obtidas atrelaram a assistência na sua totalidade e não apenas em relação às informações sobre a pré-eclampsia. Diante disto, podemos dizer que a enfermagem.

**5.** **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho resultou de uma intensa caminhada composta por diversos questionamentos, leituras, contatos com profissionais e gestantes que compartilharam o estudo, buscando analisar o nível de conhecimento das mulheres que realizam pré-natal em unidades básicas de saúde de Santarém, acerca da pré-eclampsia.

A partir do conhecimento que temos sobre a assistência de enfermagem a gestante durante o pré-natal e sabendo da grande responsabilidade frente à detecção precoce da pré-eclampsia, bem como instrução das mesmas sobre os principais sinais e sintomas da doença e a necessidade de estar verificando a pressão arterial durante todo o período gestacional, procuramos também fazer uma análise da qualidade das informações repassadas durante as consultas, visando um atendimento humanizado a esta mulher e possibilitando a promoção do auto-cuidado, contribuindo assim para um melhor nível assistencial.

Durante o estudo constatou-se que as gestantes não estão adquirindo um aprendizado adequado durante as consultas de enfermagem, pois foi percebível o número de mulheres que não souberam responde sobre a necessidade da realização da aferição da pressão arterial. Fato este, que se torna visível ao ver uma gestante chegar a uma unidade de saúde para consulta subsequente de pré-natal e ser encaminhadas a uma sala onde será verificada a PA e o peso, não havendo nenhuma informação sobre a importância da realização destes procedimentos. Percebemos que esta ação tornou-se corriqueira, não existindo mais interesse por parte dos profissionais de enfermagem, principalmente os técnicos, em validar o direito da gestante, de ser informada sobre todo e qualquer procedimento a ser realizado em seu corpo, possibilitando queixas das gestantes sobre esta atuação. Acrescentamos ainda, que esta realidade foi evidenciada em ambas as unidades de saúde participantes da investigação.

Com relação ao conhecimento das gestantes sobre a pré-eclampsia, a investigação nos condiciona dizer que elas entendem a importância da realização do pré-natal, para prevenir que venha ocorrer algum problema durante a gravidez, porém sentem falta de mais informações a respeito do surgimento e dos sinais clínicos da doença.

Percebemos que ainda há um equívoco em relação ao conhecimento das gestantes sobre esta doença, pois as mesmas sabem relatar sobre a ocorrência em alguém e os prejuízos que eventualmente podem acontecer. No entanto, as respostas que obtivemos, nos fizeram entender que noções sobre a sintomatologia da doença e principalmente as formas de detecção precoce, que deveriam ser adquiridas durante o pré-natal, ainda estão muito aquém do esperado, caracterizando assim, uma falha na assistência de enfermagem.

Acreditamos que, compreender a relação entre o nível de conhecimento e a prevenção e detecção precoce de casos de pré-eclampsia em gestantes, torna-se importantes para repensarmos na necessidade da inserção de uma educação em saúde mais abrangente e preventiva, como um elemento de promoção de melhor qualidade de vida. Esta deve ser uma das metas dos acadêmicos, assim como dos profissionais atuantes na área da saúde, já que a enfermagem é a principal responsável pela prestação de cuidados à saúde da comunidade.

Sugerimos, portanto, que durante as consultas de enfermagem, as gestantes possam ser orientadas sobre os sinais e sintomas da pré-eclampsia, devido à posição que ela ocupa atualmente, sendo considerada como a principal complicação do ciclo gravídico-puerperal, merecendo assim, uma maior atenção por parte dos profissionais que a assistem durante todo o período gestacional normal, prevenindo desta forma, que venha a ocorrer algum agravo a sua saúde. Além disso, é de suma importância que estas orientações sejam realizadas ainda no primeiro trimestre gestacional, pois se sabe que apesar de imprevisível, a tríade da patologia pode se manifestar a partir do quinto mês de gestação, devendo a gestante já estar preparada para detectar alguma alteração.

Ressaltamos ainda, que o profissional de saúde é coadjuvante na experiência da mulher em gerar um filho, desempenhando, portanto, um importantíssimo papel. Através da assistência pré-natal, ele tem a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da gestante, tendo sensibilidade para reconhecer momentos críticos em que suas intervenções serão necessárias, assegurando a saúde da mãe e do feto e garantindo proteção a gestante.

Vale ressaltar, que durante a elaboração do estudo não encontramos maiores dificuldades, exceto durante a coleta de dados, nas quais foi necessário fazermos visitas domiciliares para obter os saberes das gestantes em relação a patologia estudada, sendo assim esta barreira retardou o processo de coleta, sem contudo torna-se um grande empecilho. Ressaltamos ainda, o nosso sentimento de gratidão diante das gestantes em aceitar participar da pesquisa.

Com base nos resultados encontrados sobre os saberes das gestantes, com vista no atendimento de suas necessidades, constatamos a importância dos profissionais se envolverem no exercício de uma assistência integral, na qual haja o interesse dos profissionais em informá-la e ouvi-la. Portanto, é responsabilidade da equipe atuante no pré-natal, reconhecer a individualidade de cada gestante, possibilitando um nível de aprendizado em relação ao processo gestacional normal e patológico adequado, para tornando desta forma, o atendimento de enfermagem humanizado.

**REFERÊNCIAS**

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez:** parto e puerpério. 16° ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. 3° ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3° ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_\_\_. **Programa de humanização do parto, pré-natal e nascimento**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

­\_\_\_\_\_\_\_. **Urgências e Emergências: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. 1° reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BACCARELLI, M.R.T. **Manual** **para citações bibliográficas**. 1° ed. Jaguariuna, 2009.

MINAYO, M.C.S. ***O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde****.* 10° ed. São Paulo. HUCITEC, 2007.

\_\_\_\_\_\_\_. ***O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde****.* 2° ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

**\_\_\_\_\_\_\_\_.** ***Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade****.* 6° ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

NASCIMENTO, E.R. *Política de atenção a saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina?* **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 5, n. 1, p. 79 a 86, 1992.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Assistência pré-natal*. Disponível em: < http://www.febrasgo.com.br. Acesso em 17 de setembro de 2011.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Hipertensão na gravidez. Disponível em: < http://www.febrasgo.com.br. Acesso em 17 de setembro de 2011.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER. Protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério. Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2009.

SELLTIZ, Claire et al. ***Métodos de pesquisa nas relações sociais***. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2° ed. São Paulo: EPU, 1987.

REZENDE, Jorge de. ***Obstetrícia.*** 9° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

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

BRANDÃO, A. H. F. et al. Predição de pré-eclâmpsia: a realidade atual e as direções futuras. **Revista Femina**, Belo Horizonte - MG, v.38, n.9, p.487-491, set.2010.

SASS, Nelson et al. Hipertensão Arterial Crônica Leve e Moderada na Gravidez: práticas terapêuticas baseadas em evidências. **Revista Femina**, v.30, n.7, p.449-453, ago.2002.

CORDOVIL, Ivan. Hipertensão na gravidez. **Editorial Laranjeiras**, Rio de Janeiro - RJ, v.01, n.2, p.42-45, mar.2003.

CAVALLI, R. C. et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto - SP, v.31, n.1, p.1-4, 2009.

REIS, Z. S. N. et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Belo Horizonte – MG, v.32, n.12, p.584-590, 2010.

Neto, C. N. et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Recife – PE, v.32, n.9, p.459-468, 2010.

RIOS, C.T.F. e VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: uma reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Luiz-MA, v.12, n. 2, p.477-486, 2007.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**



**Faculdades Integradas do Tapajós**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Curso de Graduação em Enfermagem**

**Termo de consentimento livre e esclarecido para as gestantes**

Voluntário N° \_\_\_\_ Iniciais da gestante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicitamos a sua participação em uma pesquisa que tem por objetivo: Analisar os saberes das gestantes atendidas no pré-natal de duas unidades básicas de saúde do município de Santarém-Pa sobre a pré-eclampsia.

Para alcançarmos tal objetivo, a senhora está sendo convidada a participar de uma entrevista, de acordo com um roteiro, contendo três seções norteadoras, a serem realizadas em horário e local combinado. Na entrevista você será questionada sobre o que é a pré eclampsia, como identificá-la, a importância da verificação da pressão arterial durante o pré natal, além de, expressar seus sentimentos em relação ao atendimento de enfermagem durante o atendimento de suas necessidades.

Esperamos que apartir deste estudo, e outros relacionados, possamos contribuir com o aumento de seus conhecimentos.

Salientamos que sua participação é voluntária, e que poderá desistir da pesquisa a qualquer momento ou não responder as questões que lhe causem constrangimento, mesmo que tenha assinado este termo.

Considerando que este estudo visa a coleta de opiniões e percepções, não se espera que você tenha algum problema em relação a sua participação na pesquisa, pois a s questões a responder não oferecem risco de saúde. Em caso de alguma dano causado ao respondente em relação a pesquisa, as pesquisadoras se responsabilizam pela indenização da mesma.

Não há previsão de gastos financeiros por parte do respondente, bem como não há previsão de ressarcimento por parte dos pesquisadores. As informações obtidas de cada participante são confidenciais e só serão utilizadas com propósito científico. As pesquisadoras e membros envolvidos nesta pesquisa terão acesso aos formulários, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade.

Esta pesquisa terá acompanhamento e assistência de Priscila Alvarenga de Almeida, acadêmica do curso de graduação em Enfermagem e Danielle de Lemos Bandeira, acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, ambas alunas das Faculdades Integradas do Tapajós (FIT), sob orientação da Enfermeira Mestra Maura Figueira, coordenadora do curso de enfermagem da FIT.

A assinatura deste termo de consentimento formaliza sua autorização para a realização de todos os passos anteriormente ressaltados.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar deste estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo as acadêmicas do curso de enfermagem da FIT, aqui explicado, a utilizar as informações obtidas, através das entrevistas, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área da Enfermagem.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita. Concedo, também, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e revistas do país e exterior, desde que, mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente de que em caso de dano recorrente da pesquisa, as pesquisadoras se responsabilizarão pela devida indenização.

Santarém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2011

DE ACORDO,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ impressão datiloscópica

**ANEXO 2**



**Faculdades Integradas do Tapajós**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Curso de Graduação em Enfermagem**

**Questionário**

|  |
| --- |
| Este questionário é parte da pesquisa intitulada: nível de conhecimento das gestantes atendidas no pré-natal de duas unidades básicas de saúde do município de Santarém-pa sobre a pré-eclampsia. Ressaltamos que, sua participação é muito importante e podemos garantir que as suas respostas serão mantidas em sigilo.  Desde já agradecemos por sua colaboração |
| Os campos deste quadro devem ser preenchidos somente pelas acadêmicas-pesquisadoras. |
| Data da pesquisa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° do questionário: |

|  |
| --- |
| **SEÇÃO A - IDENTIFICAÇÃO** |
| A-1 Idade I\_\_\_I\_\_\_I anos |
| A-2 Qual seu estado civil?  I\_\_\_I Solteira I\_\_\_I Casada I\_\_\_I União Estável I\_\_\_I separada  I\_\_\_I Divorciada I\_\_\_I Viúva |
| A-3 Qual a sua escolaridade?  I\_\_\_I Nível Fundamental completo I\_\_\_I Nível médio completo  I\_\_\_I Nível superior incompleto I\_\_\_I Nível superior completo |
| A-4 Qual sua profissão?  I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| A-5 Em termos de salário mínimo (SM), levando em consideração a soma de todos os salários das pessoas que moram com você, qual sua renda familiar?  I\_\_\_I De 1 a 2 SM  I\_\_\_I De 3 a 4 SM  I\_\_\_I De 5 a 6 SM  I\_\_\_I De 7 a 8 SM  I\_\_\_I Sem Renda Familiar |
| A-6 Em relação às consultas pré-natais, com quantos meses você começou a realizá-las? Quantas consultas foram realizadas até hoje?  I\_\_\_I Meses I\_\_\_I Consultas realizadas |
| **SEÇÃO B – CONHECENDO A PRÉ ECLÂMPSIA** |
| B-1 Você já ouviu falar em Hipertensão (Pressão Alta) durante a gestação? O que você poderia me dizer sobre?  I\_\_\_I Sim I\_\_\_I Não |
| B-2 A Hipertensão é uma doença que a mulher pode desenvolver durante a gestação ou pode ser um condição preexistente. No entanto, se associada a outros sinais, pode caracterizar uma doença chamada Pré eclâmpsia. Você saberia dizer quais dos sinais abaixo caracterizam a Pré-eclampsia?  I\_\_\_I Proteinúria (proteínas na urina) e Convulsão  I\_\_\_I Convulsão e Edema (inchaço) nas pernas  I\_\_\_I Proteinúria (proteínas na urina) e Edema  I\_\_\_I Não Sabe |
| B-3 A Hipertensão (Pressão Alta) durante a gestação é o principal sinal de alerta para o aparecimento de Pré-eclampsia. Diante da afirmativa acima, você sabe dizer qual dos valores abaixo é considerado pressão alta?  I\_\_\_I 130x85 mmHg  I\_\_\_I 140x90 mmHg  I\_\_\_I 130x80 mmHg |
| B-4 Agora que você já definiu o valor considerado na pressão alta, você sabe dizer se sua pressão está normal ou houve alguma variação durante a gestação? Qual o valor da última verificação?  R:  Valor: I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I |
| B-5 Existem alguns fatores considerados de risco para o desenvolvimento da Pré eclâmpsia. Dentre os citados abaixo, marque com um (X) quais você acredita que favorecem ao desenvolvimento da doença:  I\_\_\_I Consumo de frutas, verduras e legumes;  I\_\_\_I Mulheres muito jovens ou acima de 35 anos;  I\_\_\_I Tabagismo;  I\_\_\_I Obesidade;  I\_\_\_I Sedentarismo;  I\_\_\_I Aparecimento de Hipertensão durante a gestação;  I\_\_\_I História de pré eclâmpsia em gestação anterior;  I\_\_\_I História familiar de pré-eclâmpsia ou doença renal;  I\_\_\_I História de pressão alta antes da gestação;  I\_\_\_I Diabetes; |
| B-6 Em qual trimestre gestacional você acredita que a pré-eclâmpsia é mais frequente?  I\_\_\_I Primeiro trimestre  I\_\_\_I Segundo trimestre  I\_\_\_I Terceiro trimestre |
| B-7 Durante o pré-natal é muito importante o controle da pressão arterial e do peso da gestante, como formas de detecção precoce da Pré eclâmpsia. Portanto, durante a sua gestação você notou aparecimento de inchaço no seu corpo? E você sabe dizer quantos quilos aumentou durante o período gestacional?  I\_\_\_I Sim  I\_\_\_I Não Quilos aumentados I\_\_\_\_\_I Kg |
| B-8 Você sabia que a pré-eclâmpsia é uma doença que pode acarretar vários danos ao organismo de uma mulher e se não tratada, pode evoluir para um quadro de eclâmpsia, onde a paciente apresenta convulsões, coma e em alguns casos morte súbita?  I\_\_\_I Sim  I\_\_\_I Não |
| B-9 Sobre a ocorrência de fatores de risco, você poderia me fornecer seu cartão de gestante, para eu retirar dados sobre gestações anteriores?  G I\_\_\_I P I\_\_\_I A I\_\_\_I  Obs.: se houver casos de abortos, investigar qual foi o motivo! |
| **SEÇÃO C – ABORDAGEM EDUCATIVA DURANTE O PRÉ NATAL** |
| C-1 Você é informada durante o atendimento pré-natal sobre a importância da verificação da pressão arterial? Você poderia me dizer qual a importância? |
| C-2 Durante os atendimentos de enfermagem você recebe informações sobre a detecção precoce da pré-eclampsia?  I\_\_\_I Sim  I\_\_\_I Não |
| C-3 As informações são repassadas de forma clara de modo que você possa entendê-las?  I\_\_\_I Sim  I\_\_\_I Não |
| C-4 Durante o atendimento pré-natal você tem oportunidade de esclarecer dúvidas?  I\_\_\_I Sim  I\_\_\_I Não |
| C-5 Como você avalia o atendimento de enfermagem durante a consulta pré-natal?  R: |

QUESTIONÁRIO ESTÁ ENCERRADO, OBRIGADA PELA CONTRIBUIÇÃO!