

UNIVERSIDADE TIRADENTES
DIREÇÃO DA ÁREA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

DANIELA SANTOS COSTA
MAYARA FONSECA GOES COSTA

OCORRÊNCIA DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA
DA GESTAÇÃO EM MULHERES ACIMA DE 30 ANOS

Aracaju

2015

DANIELA SANTOS COSTA
MAYARA FONSECA GOES COSTA

OCORRÊNCIA DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA
DA GESTAÇÃO EM MULHERES ACIMA DE 30 ANOS

Artigo final apresentado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT, como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. MSc. Carla Grasiela Santos de Oliveira.

Aracaju
2015

DANIELA SANTOS COSTA
MAYARA FONSECA GOES COSTA

**OCORRÊNCIA DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO
EM MULHERES ACIMA DE 30 ANOS**

Artigo final apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC II, do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes-UNIT, como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. MSc. Carla Grasiela Santos de Oliveira

Aprovada em ____/____/____.
Banca Examinadora

Prof^a. MSc. Carla Grasiela Santos de Oliveira
Orientadora

Prof^o. Esp. Juliana de Almeida Fonseca
1^o Examinador

Prof^a. Esp. Naiane Regina Oliveira Goes Reis
2^a Examinadora

OCORRÊNCIA DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM MULHERES ACIMA DE 30 ANOS

OCCURRENCE OF SPECIFIC HYPERTENSION DISEASE OF PREGNANCY ON WOMEN OVER 30 YEARS OLD

Daniela Santos Costa

Mayara Fonseca Goes Costa

Carla Grasiela Santos de Oliveira

Enfermagem

RESUMO

Introdução: A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma doença que afeta vários órgãos do corpo da gestante, possui um prognóstico positivo nos casos leves, porém, nos casos graves, como a eclâmpsia e Síndrome HELLP são responsáveis por morbidade e mortalidade maternas e perinatal. Geralmente ocorre a partir da 20ª semana de gestação e suas manifestações clínicas são: hipertensão, proteinúria e edema, sintomas que desaparecem até 12 semanas após o parto. **Objetivo:** Verificar a ocorrência de DHEG em mulheres acima de 30 anos, identificar os motivos que levam essas mulheres a desenvolver DHEG; caracterizar as mulheres com DHEG e verificar se houve o acompanhamento do pré-natal. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa e de campo realizada através de análise realizada com os prontuários das mulheres acima de 30 anos que apresentaram DHEG atendidas em uma maternidade de alto risco de Aracaju. **Resultados:** Foram analisados 1.341 prontuários e encontrados 146 prontuários de mulheres com DHEG acima de 30 anos. Com relação ao número de gestações, a prevalência foi nas mulheres com 5 ou mais gestações (23,9%), em relação à realização do pré-natal, foram realizados em 96,6%, já em relação ao número de consultas realizadas, 56% não haviam informações do quantitativo dessas consultas. A idade gestacional predominante foi das gestantes acima de 37 semanas (63%). **Conclusão:** Esse estudo foi importante para poder identificar o perfil dessas mulheres atendidas na maternidade, favorecendo assim para uma melhor assistência nos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Complicações na gravidez; Hipertensão gestacional.

ABSTRACT

Introduction: The Specific Hypertension Disease of Pregnancy (SHDP) is an illness that affects several organs of a pregnant's body, it has a positive prognosis on mild cases, nevertheless, on severe cases, such as eclampsia and HELLP Syndrome it is responsible for maternal and perinatal morbidity and mortality. Commonly occurs starting from 20th week of gestation and its clinical manifestations are: hypertension, proteinuria and edema, such symptoms disappears up to 12 weeks after parturition.

Objective: Verify the occurrence of SHDP on women over 30 years old, identify the reasons that lead these women to develop SHDP; characterize the women with SHDP and verify if there was monitoring of prenatal care.

Methodology: This was a descriptive study, retrospective, exploratory, with quantitative and field approach conducted through prontuary analysis of women over 30 years old that presents SHDP attended in a high-risk maternity in Aracaju.

Results: It were analyzed 1,341 prontuaries and found 146 prontuaries of women above 30 years old with SHDP. Regarding the number of pregnancies, the prevalence was women with 5 or more gestations (23.9%), regarding the prenatal conduction, it were conducted on 96.6%, in relation to the number of conducted consultations, 56% did not had information of the quantitative of those consultations. The predominant gestational age was pregnants above 37 weeks (63%).

Conclusion: This study was importante in order to identify the profile of those women attended in the maternity, favoring for further assistance in the provided care.

KEY WORDS: Pregnants; Pregnancy complications; Gestational hypertension.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Gráfico 1: Classificação da idade das gestantes. Aracaju/SE, 2015.....	16
GRÁFICO 2: Número de gestações. Aracaju/SE, 2015.....	17
GRÁFICO 2: Classificação da doença nas gestantes. Aracaju/SE, 2015.....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
5 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE A.....	24
ANEXO A.....	25

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial é definida quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 *mmHg* e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 *mmHg*, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas (FEBRASGO, 2011). Ocorre em aproximadamente 12% a 22% das mulheres durante o período gravídico-puerperal. Além de ocasionar um risco materno, este distúrbio leva a um aumento de morbidade fetal e neonatal, prematuridade induzida, baixo peso ao nascimento e sofrimento crônico fetal (RIOS et al., 2011).

Em países desenvolvidos, a hipertensão afeta entre 2% e 8% das gestações e chegam, no Brasil, a 10% ou mais, representando a terceira causa de morte materna. Dados de 2011, revelam que a hipertensão na gestação é considerada como maior causa de mortalidade materna no país, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos, com uma taxa de 140 a 160 mortes maternas por cada 100.000 bebês nascidos vivos (MORAIS et al., 2013).

A doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) possui um prognóstico positivo nos casos leves porém, nos casos graves como a eclâmpsia e Síndrome HELLP são responsáveis pela morbidade e mortalidade maternas e perinatal. Sendo responsável por 15% das mortes maternas nos Estados Unidos da América (EUA) e valores ainda maiores nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 25,7% das mortes maternas na América Latina e no Caribe são causadas por complicações hipertensivas. No ano de 1995 a 1999 constatou-se que a hipertensão arterial foi a principal síndrome metabólica no período gravídico-puerperal, estando presente em 17,7% dos casos (ZUGAIB, 2012).

A DHEG é considerada uma doença que afeta todos os sistemas do corpo, geralmente ocorre a partir da 20ª semana de gestação e suas manifestações clínicas são: hipertensão, proteinúria e edema, sintomas que desaparecem até 12 semanas após o parto. A causa ainda é desconhecida e o diagnóstico precoce desta doença é de fundamental importância. Desta forma, quando o pré-natal é realizado de forma correta ele é de suma importância no controle das intercorrências (SILVA et al., 2011a).

Freires et al. (2013) mostram que a Pré-eclâmpsia (PE) incide em 3% a 7% em nulíparas e 0,8% a 5% nas múltiparas, acometendo mais as gestações gemelares, pacientes com pré-eclâmpsia anterior, pacientes com história familiar de PE, obesidade, raça negra, diabetes, hipertensão crônica, colagenose, trombofilias, baixo nível socioeconômico e extremos de idade (idade materna menor que 15 e maior que 35 anos).

As mulheres devem ter acesso a ações de educação em saúde durante o pré-natal, para que possam compreender melhor o processo que vivenciam e assim conseguirem participar com maior autonomia nas decisões em relação à gestação, parto e amamentação, e também diante das situações de complicações. Com isso conclui-se a necessidade de reorganizar o modelo assistencial perinatal não apenas a nível terciário, mas também, nas unidades básicas de saúde (SILVA et al., 2011a).

Para Fernandes; Azevedo (2014), quanto mais cedo acontecer a identificação da doença, maior é a probabilidade de impedir sua evolução, sendo que o adequado controle pré-natal auxilia na diminuição dos sinais e sintomas e é também a única forma de reduzir a taxa de mortalidade materna e perinatal.

É de extrema importância que o profissional de enfermagem e toda equipe estejam atentos às condições clínicas da gestante por isso, é fundamental saber identificar as necessidades da paciente de acordo com as suas singularidades, prestando dessa forma uma assistência de qualidade (FREIRES et al., 2013).

Para Gomes et al. (2013) o enfermeiro é imprescindível na implementação do cuidado, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde das gestantes. Para isto, é importante que se faça a aferição dos níveis pressóricos das gestantes afim de se obter medidas fidedignas que contribuam para o julgamento correto do enfermeiro e direcione adequadamente as suas condutas.

De acordo com Silva et al. (2011b), a hipertensão gestacional proporciona um alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Ela recebe a designação de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), quando os níveis pressóricos se apresentam iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. Já é comprovado cientificamente que dietas ricas em sódio, aliadas

ao baixo consumo de potássio, desencadeiam a hipertensão arterial em indivíduos geneticamente predispostos.

Frente a esta situação, percebe-se uma grande necessidade de estudar e expor a pesquisa em questão, para demonstrar a ocorrência de mulheres com DHEG acima dos 30 anos e o perfil destas gestantes.

A pesquisa em questão teve como objetivo geral verificar a ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação em mulheres acima de 30 anos e como objetivos específicos: identificar os motivos que levam essas mulheres a desenvolver DHEG; caracterizar as mulheres com DHEG e verificar se houve o acompanhamento do pré-natal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012a).

O pré-natal dessas gestantes deve ser diferenciado do pré-natal das demais, pois exige técnicas mais especializadas e necessita do nível secundário e terciário para assistência. Devem ser considerados os aspectos objetivos e subjetivos que envolvem o termo “alto risco”, visto que, essas mulheres precisam de cuidados mais intensivos com a sua saúde e a do bebê, maior número de consultas, acompanhamento com especialista, uso de medicações específicas, hospitalizações durante a gravidez, o que causa implicações no trabalho, na rotina da família, entre outros (NEVES; SANTOS, 2012).

As mulheres com um maior nível socioeconômico, maior nível de educação e consequentemente com a idade acima dos 30 anos estão inseridas na estatística de possuírem complicações obstétricas durante a gestação e ao parto. E este risco se eleva proporcionalmente a idade, especificamente em países em desenvolvimento devido à carência de cuidados adequados (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

De acordo com Rodrigues et al. (2012) a gestação tardia, corresponde cerca de 10% dos nascimentos, tendo um aumento relevante nas últimas décadas. Dessa forma, elas possuem um maior risco de adquirir complicações, como por exemplo: diabetes gestacional, hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, distocias, trabalho de parto prolongado, rotura prematura de membranas e patologias da tireóide. Risco acrescido de complicações fetais e do recém-nascido, denominados de cromossomopatias, aborto espontâneo, baixo peso ao nascimento, microssomias, prematuridade e óbito neonatal.

Segundo Oliveira et al. (2011), ela representa um misto de percepções de sentimentos, de satisfação e de realização; seja pessoal ou familiar e muitas vezes está associada à

estabilidade econômica já alcançada. Todavia esta mãe procura adaptar à sua carreira profissional ao seu novo estilo de vida, que agora é de ser mãe. Esse estudo evidenciou que a gravidez tardia não é mais considerada um estigma que assombrava as mulheres, mas sim uma escolha que pode se tornar possível caso haja um planejamento prévio.

Os fatores de risco que contribuem para hipertensão gestacional e para a pré-eclampsia são: Insuficiência renal, diabetes, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares de PE e/ou hipertensão arterial crônica e a raça/cor negra (SAMPAIO et al., 2013).

Segundo Silva et al. (2011b), na fisiopatologia da DHEG ocorre um exagero da resposta inflamatória materna própria da gravidez, havendo sempre uma disfunção celular endotelial materna. A origem da doença reside na placenta, existindo uma deficiente capacidade de invasão do lúmen das arteríolas espiraladas pelo citotrofoblasto extravilositário.

São várias as classificações para DHEG, as mais usadas são: Pré- Eclampsia (PE): que é hipertensão arterial caracterizada por proteinúria, podendo ter edemas na face e mãos que ocorre após 20 semanas; Eclâmpsia: Surgimento de convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia; Hipertensão crônica: antes da gravidez a mulher já apresentava hipertensão ou então antes da 20ª semana, se mantendo até depois do parto; Pré- Eclâmpsia ou Eclâmpsia associada à hipertensão arterial crônica: é quando o paciente possui a hipertensão arterial crônica; Hipertensão Transitória: Aumento dos níveis pressóricos no final da gestação ou no início do pós parto sem proteinúria retornando aos valores normais 10 dias depois do puerpério; Doença Hipertensiva não classificável: quando as informações coletadas são insuficientes para a classificação (ZUGAIB, 2012).

Freitas (2011) discorre sobre a hipótese de que a ocorrência de PE pode ser maior em nulíparas e pode ser ocasionada por gestações provenientes de inseminação artificial, com sêmen de doador e mulheres cujo tempo de exposição ao esperma é menor, características estas que sugerem que o tempo de exposição aos antígenos maternos é menor.

Define-se proteinúria como a excreção urinária de, pelo menos, 300 mg em urina colhida durante 24 horas ou uma + (≥ 30 mg/dL) em amostra de urina, desde que não haja evidência de infecção do trato urinário (FEBRASGO, 2011).

Um dos pontos fundamentais na prevenção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia é uma boa nutrição e repouso, orientando fazer refeições com porções pequenas e intervalos de tempo menores, evitando ingesta de sal, principalmente os que estão inseridos nos alimentos industrializados (FERNANDES; AZEVEDO 2014).

Os cuidados de enfermagem não se restringem apenas a procedimentos técnicos e sim ao cuidado humanizado com a cliente/paciente através do toque, do olhar, do ouvir e da fala. Ou seja, da atenção à beira leito com um olhar crítico e humanizado (FREIRES et al., 2013).

O enfermeiro também deve estar atento e resoluto às questões emotivas para que no percurso da gravidez, a gestante se sinta amparada e orientada sobre a patologia e os agravos que podem decorrer. Isso por que muitas das mulheres grávidas têm a doença e não têm o conhecimento em relação a esses cuidados. Já em relação às práticas do cuidado recomendadas a essas gestantes, ocorre a necessidade de se estabelecer repouso, a aferição da pressão arterial (PA) constante durante o dia, o controle do peso e da diurese, bem como devem ser fornecidas orientações no tocante aos movimentos fetais, que devem ser observados pela gestante, além do acompanhamento clínico rigoroso, que deve ser realizado pelos profissionais de saúde (SAMPAIO et al., 2013).

Nas gestantes com o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e hipertensão arterial crônica, a evolução do quadro clínico materno dependerá da maturidade e vitalidade do feto imaturo. Diante disto, aguarda-se a maturidade fetal e em caso contrário opta-se pelo parto terapêutico (PIATO, 1995).

Nestas gestantes, deve-se administrar sulfato de magnésio endovenoso com a finalidade de prevenir convulsões; e anti-hipertensivos para reduzir os níveis da pressão sistólica maior que 160 mmHg e pressão diastólica maior que 110 mmHg. As pacientes com idade gestacional entre 24 e 34 semanas recebem corticosteroides a fim de acelerar a maturidade pulmonar fetal (QUEENAN, 2010).

De acordo com Neme (2000), sabe-se que mulheres após os 35 anos estão em desvantagem na concepção, comparando-as com as mais jovens, pois a idade considerada ideal para a procriação seria dos 18 aos 29 anos porque é nessa fase que a mulher terá os melhores resultados maternos e perinatais. Com isso, há um consenso entre os pesquisadores nesse assunto de que existe um grande risco, tanto para a mãe quanto para o concepto nas gestações de mulheres com idade mais avançada, sobretudo a partir dos 35 aos 40 anos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e retrospectiva com abordagem quantitativa. O presente estudo foi desenvolvido numa maternidade de alto risco do Município de Aracaju/SE.

De acordo com Gil (2010), pesquisa de campo é aquela em que o pesquisador levanta dados no próprio local e seus resultados costumam ser fidedignos. Já com relação a um estudo exploratório, constrói hipóteses visando tornar o problema mais explícito. E para o estudo descritivo, o pesquisador não pode interferir ou manipular, e sim, observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos.

A pesquisa seguiu as diretrizes propostas pela Resolução nº 466 de doze de dezembro de 2012 (12/12/2012) do Conselho Nacional de Saúde. Sendo iniciada após a liberação dos responsáveis pelo Núcleo de Educação Permanente da maternidade e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob protocolo nº 701.196. Os dados serão mantidos por cinco anos na posse das pesquisadoras para eventuais comprovações

Foi realizada com os prontuários das mulheres acima de 30 anos dos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2013 que apresentaram DHEG, atendidas numa maternidade de alto risco de Aracaju. Foram analisados 146 prontuários de mulheres acima de 30 anos com DHEG.

Os critérios de inclusão foram todos os prontuários das mulheres acima de 30 anos que deram entrada com DHEG em uma maternidade de alto risco de Aracaju com dados completos necessários para pesquisa.

Como critérios de exclusão foram os prontuários das mulheres acima de 30 anos que não apresentaram DHEG ou os prontuários incompletos.

A coleta de dados foi realizada no setor de arquivos da maternidade após a aprovação do comitê de ética durante o período de duas semanas. Os dados foram organizados e a partir daí foram gerados gráficos e tabelas nos programas Excel e Word.

A pesquisa envolveu riscos mínimos onde os sujeitos envolvidos tiveram sigilo assegurado pelas pesquisadoras e não passaram por nenhum tipo de constrangimento, já que, foram estudados apenas os prontuários de atendimento. Como benefícios, a pesquisa evidenciou ao serviço o perfil das mulheres acima de 30 anos atendidas com DHEG, o que favorecerá ao melhor atendimento futuro na maternidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada no mês de Março do ano vigente, sendo coletados através do formulário (apêndice A) e foram analisados 1.341 prontuários de mulheres que deram entrada na maternidade no período de outubro, novembro e dezembro de 2013.

Dos prontuários, foram encontrados 407 (64,1%) com diagnóstico de DHEG, pré-eclampsia e eclâmpsia e destes, 146 (35,9%) prontuários de mulheres acima de 30 anos com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), considerando as seguintes variáveis: idade, quantidade de gestações, número de consultas, tempo de internação na maternidade, alta/parto, cesáreo/normal, classificação da doença/diagnóstico, sintomas, nível pressórico e idade gestacional.

Considerando a faixa etária prevalente na maternidade, percebeu-se que 49,3% (n=72) possuíam idade entre 31 a 34 anos, 36,3% (n=53) tinham 35 a 39 anos, 13,7% (n=20) tinham entre 40 a 44 anos e 0,7% (n=1) tinha entre 45 a 53 anos, totalizando 146 prontuários analisados. De acordo com Lacerda; Moreira (2011), as mulheres que apresentam idade superior a 30-40 anos possuem maior risco para desencadear a Síndrome Hipertensiva da Gravidez.

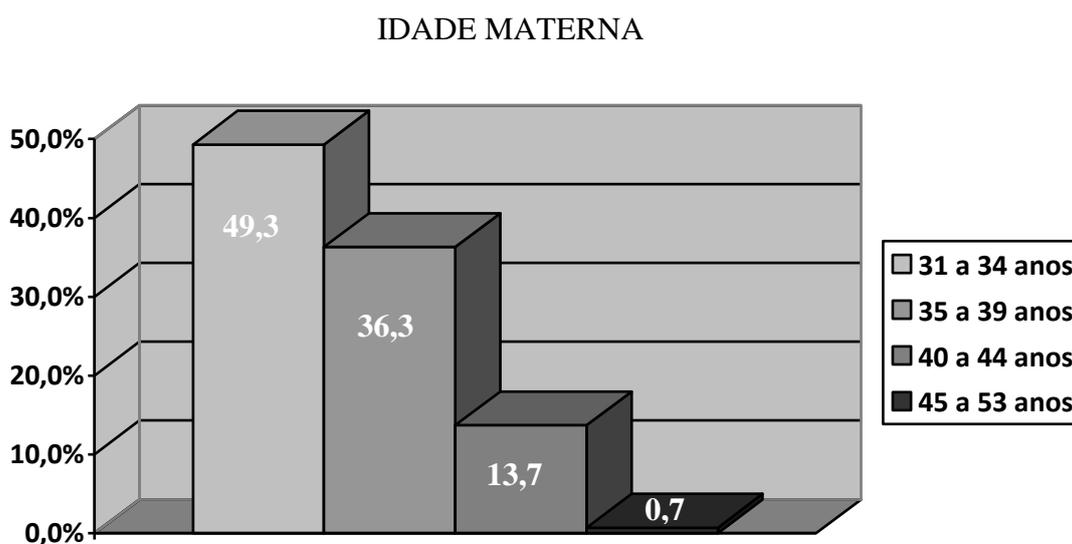


Gráfico 1: Idade das gestantes. Aracaju/SE, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação a variável número de gestações, 19,9% (n=29) das mulheres com apenas 1 gestação, 17,8% (n=26) das mulheres com 2 gestações, 23,3% (n=34) com 3 gestações, 15,1% (n=22) com 4 gestações e 23,9% (n=35) correspondendo a 5 ou mais gestações. Já Menezes et al. (2014), em seu estudo, identificaram 41,6% de mulheres primigestas.

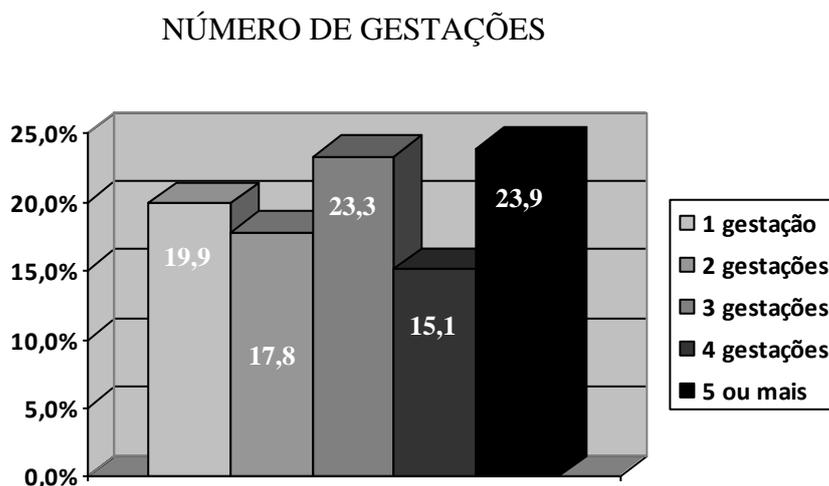


Gráfico 2: Número de gestações. Aracaju/SE, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a variável realização do pré-natal, 96,6% (n=141) relataram ter realizado o pré-natal e 3,4% (n=5) mencionaram não realizar. Quando verificado o número de consultas realizadas, identificou-se que 23,4% das mulheres (n=33) realizaram de 1 a 6 consultas, 20,6% das mulheres (n=29) realizaram entre 7 a 11 consultas pré-natais, 3,4% (n=5) não realizaram pré-natal e em 56% dos prontuários (n=79) não havia informações sobre o quantitativo de consultas. É preconizado pelo Ministério da Saúde que deve ser realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal por gestação (BRASIL, 2012b). Herculano et al. (2011) afirmam que o acompanhamento do pré-natal constitui fator chave na prevenção e condução de casos graves como a hipertensão gestacional.

Quanto à variável relacionada ao tempo de internação, 9,6% (n=14) ficaram internadas dois dias, 21,9% (n=32) permaneceram três dias, 28,1% (n=41) quatro dias e 40,4% (n=59) ficaram cinco ou mais dias internadas. Em relação à variável de alta melhorada ou parto, 14,4% (n=21) tiveram alta melhorada e 85,6% (n=125) evoluíram para o parto.

De acordo com o tipo de parto, identificou-se que 75,2% (n=94) evoluíram para o parto cesáreo e 24,8% (n=31) para o parto normal.

Quanto à análise da classificação: 61% (n=89) apresentaram diagnóstico de DHEG (Hipertensão gestacional), 36,3% (n=53) pré-eclâmpsia, e 2,7% (n=4) com eclâmpsia. Lacerda; Moreira (2011) perceberam em seu estudo que a pré-eclâmpsia se destacou em relação a eclâmpsia sendo que 98,5% foram diagnosticados e apenas 1,5% desenvolveram a eclâmpsia.

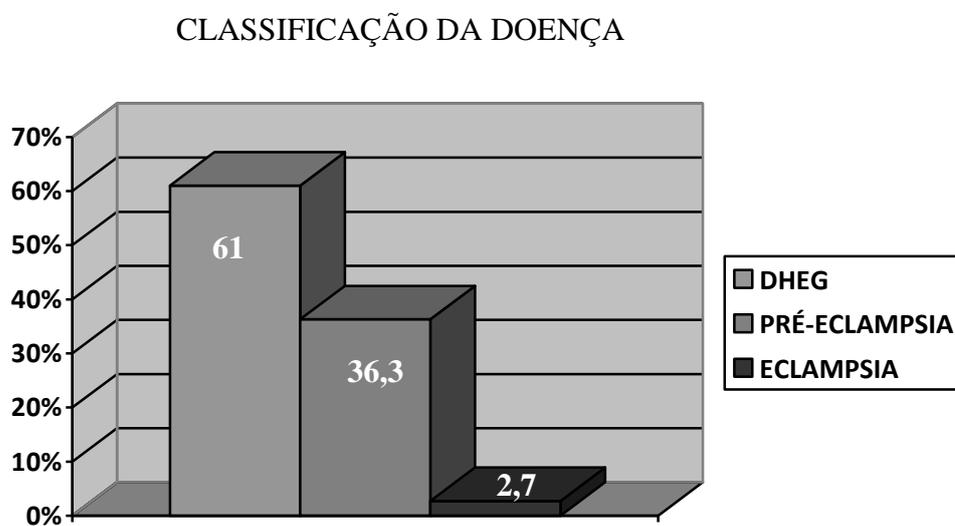


Gráfico 3: Classificação da doença nas gestantes. Aracaju/SE, 2015.

Fonte: Dados da pesquisa

Aguiar et al. (2014) identificaram que mulheres com idade maior que 40 anos apresentaram sinais como: cefaleia, tontura, edema de membros e a proteinúria, sendo estes, os sinais característicos da pré-eclâmpsia.

Em relação aos sinais e sintomas mais frequentes, 36,8% (n=71) apresentaram hipertensão arterial, 21,8% (n=42) cefaleia, 16,6% (n=32) referiram edema, 6,2% (n=12) escotomas, 1,6% (n=3) epigastralgia e 17% (n=33) dos prontuários não informaram sinais e sintomas. Para Guerreiro et al. (2014), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de mortalidade materna e perinatal. Seus fatores predisponentes são: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história

familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia e hidropsia fetal.

Segundo Vettore et al. (2011), o cuidado com a gestante hipertensa deve ser feito com repouso e com uma alimentação saudável, sendo recomendado o tratamento medicamentoso quando a pressão arterial diastólica da gestante ultrapassar 100 mmHg. Eles defendem que os cuidados adequados desde o pré-natal colaboram para a redução da mortalidade materna, prevenindo assim possíveis complicações.

Em relação a variável de idade gestacional, verificou-se que 0,7% (n=1) das mulheres encontravam-se abaixo de 20 semanas, 7,6% (n=11) estavam com 20 a 30 semanas, 28,7% (n=42) de 30 a 37 semanas e 63% (n=92) acima de 37 semanas.

Em um estudo feito com gestantes na maternidade pública da cidade de Patos/PB, foram encontradas 60% de gestantes com mais de 37 semanas, enquanto que as demais (40%) encontravam-se num período entre a 30^a e a 37^a semana de gestação (GUIMARÃES et al., 2014).

5 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada, concluiu-se que, dentre os 146 prontuários analisados, 61% apresentavam diagnóstico de DHEG, 36,3% possuíam pré-eclâmpsia e 2,7% com eclampsia. Em relação à faixa etária, percebeu-se que a idade mais prevalente foi entre 31-34 anos com 49,3%. Em relação ao número de gestação, verificou-se que 24% das mulheres apresentaram 5 ou mais gestações.

Com relação à realização do pré-natal, observou-se que 96,6% das gestantes realizaram o pré-natal. Todavia, em 56% dos prontuários estudados não havia informações quanto ao número de consultas realizadas.

Este estudo foi de fundamental relevância, pois se faz necessário conhecer o perfil das mulheres acima de 30 anos acometidas por DHEG. Apesar das dificuldades encontradas para definição das variáveis, devido à falta de padronização, subnotificação nos prontuários e lacunas quanto ao número de consultas de pré-natal, pode-se observar as principais características destas mulheres e contribuir com os profissionais atuantes nesta área.

SOBRE OS AUTORES

Daniela Santos Costa é graduanda em enfermagem (2015/1) pela Universidade Tiradentes. Email: danizinha_dany30@hotmail.com; Mayara Fonseca Goes Costa é graduanda em enfermagem (2015/1) pela Universidade Tiradentes. Email: mayarafgcosta@hotmail.com; Carla Grasiela Santos de Oliveira é enfermeira, doutoranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes, mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes (2012), docente do curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes e orientadora do presente artigo. Email: carlagrasiela.enfermeira@hotmail.com.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. R. S. et al. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado à gestante com doença hipertensiva. **R. Interd.** v. 7, n. 1, p. 204-215, jan. fev. mar. 2014

ALVES, A. A. G. et al. Perfil clínico de pacientes com doença hipertensiva específica da Gestação em uma uti geral adulto do estado do maranhão. **Rev Pesq Saúde**, v.15, n,1, p. 223-229, jan-abr,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília (DF), 2012b.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. 220p. 2011.

FERNANDES, D. S.; AZEVEDO, E. R. **Educação em saúde: intervenções de enfermagem no pré-natal quanto à hipertensão gestacional**. 2014 Disponível em: < http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/d05a90b8f6326735fd07fcfc7b92e47a.pdf > Acesso em: 20/09/2014.

FREIRES, M. B. et al. Percepção da gestante pré-eclâmptica quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização. **Revista de Psicologia**. Ano 7, No. 19, Fevereiro/2013.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.p.904.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, A. S. et al. Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 out/dez; vol.15, n.4, p. 923-31

GONÇALVES, Z.R., MONTEIRO, D.L.M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA** Setembro/Outubro 2012; v. 40, n.5.

GUERREIRO, D. D. et al. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.4, p. 825-834, out/dez.2014.

GUIMARÃES, J.P. et al. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, 2014.

HERCULANO, M. M. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em orem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.2, p.401-8. abr/jun 2011.

LACERDA, I. C., MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.33, n.1, p. 71-76, 2011.

MENEZES, M. A. S. et al. Recém-nascido prematuros assistidos pelo método canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Ver Paul Pediatr**, v. 32, n.2, p.171-7, 2014.

MORAIS., F. M. et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista EIXO**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 69-82, jan./jun. 2013.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. 2ª edição. São Paulo, 2000. p.1360.

NEVES, A. S., SANTOS, M, C. B. Determinantes sociopolíticos e culturais e as repercussões sobre o pré-natal de alto risco: um olhar do Serviço Social sobre seu exercício profissional em um hospital universitário. **VÉRTICES**, Campos dos Goytacazes/ RJ, v.14, n. 1, p. 147-167, jan./abr. 2012

OLIVEIRA, R.B. et al. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, ano 7, v.7, n.2, novembro, 2011.

PIATO, Sebastião. **Complicações no ciclo gravídico-puerperal**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995, p.335.

QUEENAN, John T. **Gestação de alto risco: diagnóstico e tratamento baseados em evidências**. Porto alegre: Artmed, 2010, p. 408.

RIOS, C. T. F. et al. Doença hipertensiva específica da gravidez: o envolvimento de puérperas com o autocuidado. **Rev Pesq Saúde**, vol. 12, n.2, p. 38-43, maio-agosto, 2011.

RODRIGUES, C.M. et al. comparação da gravidez adolescente e tardia em 2009. **Revista de saúde amato lusitano** 2012; v.31, p.13-17.

SAMPAIO., T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental- UNIABEU** v.2 n.1 Janeiro – Julho. 2013.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), 2011, jun; vol. 32, n.2, p.316-22 (a).

SILVA., K. V. G. et al. **Hipertensão gestacional: conduta do profissional enfermeiro**. 2011 Disponível em:

<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Hipertensaogestacionalcondutadoprofissionalenfermeiro.pdf>. Acesso em: 20/09/2014 (b).

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, mai. 2011.

ZUGAIB. **Obstetrícia**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012, p. 1322.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: Ocorrência de doença hipertensiva específica da gestação em mulheres acima de 30 anos

PESQUISADORAS: Carla Grasiela Santos de Oliveira; Daniela Santos Costa; Mayara Fonseca Goes Costa

Data da coleta: ____/____/2015

Roteiro nº: _____

1 Idade: _____

2 Número de gestações:

- () 1
 () 2
 () 3
 () 4
 () 5 ou mais

3 Realizou Pré-natal?

() SIM () NÃO

Se sim, quantas consultas _____

4 Tempo de internação:

- () 1 dia
 () 2 dias
 () 3 dias
 () 4 dias
 () 5 ou mais

Se teve alta a melhora? () SIM () NÃO

Se evoluiu para o parto? () SIM () NÃO

5 Tipo de Parto:

- () Cesário
 () Normal ou vaginal

6 Formas clínicas:

7 Sinais e sintomas mais frequentes:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| () Edema | () Escotomas |
| () Cefaléia | () Epigastralgia |
| () Hipertensão | () Sem queixas |

8 Pressão Arterial:

9 Idade Gestacional mais frequente:

- () Abaixo de 20 semanas
 () De 20 a 30 semanas
 () Entre 30 e 37 semanas
 () Acima de 37 semanas

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICAUNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em mulheres acima de 30 anos

Pesquisador: Carla Grasiela Santos de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39609214.6.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 946.478

Data da Relatoria: 04/02/2015

Apresentação do Projeto:

O objetivo do estudo será verificar a ocorrência de mulheres acima de 30 anos com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) de uma maternidade de alto risco no município de Aracaju no segundo semestre do ano de 2013. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. A pesquisa será feita com os prontuários das mulheres acima de 30 anos que apresentaram DHEG atendidas em uma maternidade de alto risco de Aracaju. O banco de dados será confeccionado no programa SPSS versão 21.0. Os dados serão apresentados por meio de gráficos, tabelas e textos descritivos dos resultados encontrados e analisados estatisticamente através do mesmo. A pesquisa evidenciará ao serviço o perfil das mulheres atendidas com DHEG, o que favorecerá ao melhor atendimento futuro na maternidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em mulheres acima de 30 anos numa maternidade de alto risco em Aracaju/SE.

Objetivo Secundário:

-Identificar os motivos que levam essas mulheres acima de 30 anos a desenvolver DHEG; -

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 946.478

Caracterizar as mulheres acima de 30 anos com DHEG; -
- Verificar se houve o acompanhamento do pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS n°466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS n° 466/12.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS n° 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

UNIVERSIDADE TIRADENTES -  **Plataforma
Brasil**
UNIT

Continuação do Parecer: 946.478

ARACAJU, 05 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br