



ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Intervenção:

Intervenção Educativo em gestantes hipertensas sobre os fatores de risco de Hipertensão Arterial em Cidade Atlântica. Guarujá. São Paulo.

Aluna: Yagnara Cadete Perdomo.

Orientadora: Prof.Dra. Angélica Gonçalves Silva Belasco.

**São Paulo/SP
2015**

SUMÁRIO

1. Introdução	3-5
2. Objetivos	7
2.1. Objetivos Gerais	
2.2. Objetivos Específicos	
3. Metodologia	8-9
3.1 Cenário do estudo	
3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)	
3.3 Estratégias e ações	
3.4 Avaliação e monitoramento	
4. Resultados Esperados	10
5. Referências Bibliográficas	11-12

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Identificação e apresentação do problema

É primordialmente importante o conhecimento das repercussões da gravidez sobre as doenças hipertensivas específicas da gravidez. O termo hipertensão arterial sistêmica induzida pela gestação refere-se ao aumento da pressão arterial que se manifesta apenas na gravidez.¹

A hipertensão arterial sistêmica é a complicação clínica mais comum da gestação, ocorrendo em 10 a 22% das gestações.²⁻³

As síndromes hipertensivas gravídicas (SHG) são habitualmente classificadas em "hipertensão gestacional" (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg diagnosticada pela primeira vez na gestação, ausência de proteinúria, retorno aos níveis tencionais até 12 semanas após o parto), "pré-eclâmpsia" (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação associada à proteinúria ≥ 300 mg/24 horas), "hipertensão arterial crônica" (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg diagnosticada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação não-atribuída à doença trofoblástica gestacional ou pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação que persiste após 12 semanas de pós-parto), eclâmpsia (presença de convulsão, que não pode ser atribuída a outras causas, em mulheres com pré-eclâmpsia) e "pré-eclâmpsia sobreposta" (surgimento de proteinúria ≥ 300 mg/24 horas em paciente hipertensa que não apresentava proteinúria antes de 20 semanas de gestação ou aumento importante da proteinúria, da pressão arterial ou plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$ em gestante hipertensa com proteinúria presente antes de 20 semanas de gestação).⁴

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da (SHG) estão a nuliparidade, extremos de idade materna, e a obesidade⁵. Gestantes com hipertensão estão predispostas a desenvolver complicações como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal⁵. A rotura hepática é uma das

mais sérias e catastróficas complicações da gravidez, sua incidência varia de 1:45.000 a 1:225.000 partos, e é usualmente associada à pré-eclâmpsia(PE). A mortalidade materna é de cerca de 60% a 86% e a fetal pode atingir de 56% a 75%. Entre as complicações fetais está a redução do suprimento de oxigênio e nutrientes⁶, o baixo peso ao nascer⁷ e o maior risco de desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas⁸. Como alterações tardias, crianças pequenas para a idade gestacional, freqüentemente associadas ao diagnóstico de hipertensão gestacional, podem apresentar maiores níveis de pressão arterial e dislipidemia precocemente na fase adulta⁹.

As doenças hipertensivas gestacionais continuam sendo as maiores causas de mortalidade materno-fetal nos países em desenvolvimento e são responsáveis por 60% das mortes maternas obstétricas diretas¹⁰.

A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) vem, nos últimos anos, tornando-se um método não-invasivo de extrema utilidade na clínica obstétrica, em gestantes hipertensas ou normotensas com fatores de risco para o desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)¹¹.

As complicações da DHEG afetam tanto a mãe quanto a criança, podendo ser letal para os dois ou deixando sequelas. Como exemplo de algumas complicações temos: prematuridade, descolamento de placenta, retardo do crescimento intrauterino, morte materno-fetal, oligúria, edema pulmonar, edema cerebral, hemorragia, acidente vascular cerebral. Sabe-se que essas complicações são passíveis de prevenção com a ampliação da cobertura pré-natal, que deve incluir a atenção primária e diagnóstico precoce de pacientes de alto risco.¹²

Sabe-se que essas complicações são passíveis de prevenção com a ampliação da cobertura pré-natal, com a preparação de informações que serão prestadas as gestantes durante as consultas de pré-natal, pois muitas não estão preparadas para identificar um sinal ou sintoma de hipertensão gestacional, devido à falta de conhecimento,

sociocultural, não se faz uso da atenção primária ou seja conhecimento/informações, que fazem de extrema importância para o diagnóstico precoce de pacientes alto risco.

Diante do exposto, justificamos a importância do presente trabalho, onde através de um questionário e intervenção educativa, venho orientar as gestantes sobre a importância do conhecimento da patologia DHEG a fim de prevenir as síndromes hipertensivas, direcionar condutas adequadas e, evitar consequências mais graves para o binômio materno-fetal.

1.2 Justificativa

A hipertensão arterial durante a gestação é um tema que faz parte do dia a dia de diversos serviços de pré-natal do país e do mundo. Muitas mulheres não sabem o que fazer para diminuir os fatores de risco e nem quais são os cuidados gerais necessários para evitar as complicações possíveis nesses casos. Portanto, investir em educação para a saúde parece uma boa alternativa para mulheres hipertensas ou que desenvolvem hipertensão durante a gestação, como medidas para prevenção de complicações.

2. Objetivos:

2.1 Objetivo Geral

- ❖ Avaliar o conhecimento das gestantes hipertensas sobre Hipertensão Arterial durante a gravidez, na Unidade Básica de Saúde da Família, Cidade Atlântica, Guarujá, São Paulo.

2.2 Objetivo específicos:

- ❖ Propor uma assistência direcionada à gestante portadora de DHEG.
- ❖ Elaborar um manual de cuidados objetivando a redução das ocorrências causadas pela hipertensão, tais como: pré-eclâmpsia, eclâmpsia.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário do estudo

O cenário do estudo será na USAFA da Cidade Atlântica- Guarujá/SP. O grupo será composto por 30 gestantes. A intervenção com o grupo ocorrerá todas as segundas feiras no período da manhã de 8:00 horas às 12: 00 horas, no grupo de Pré-natal. Na primeira hora serão feitas as palestras educativas e em seguida as avaliações individuais, de cada paciente, no período de janeiro a Julho.

3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo):

O grupo será composto por 30 gestantes hipertensas e aquelas que apresentam fatores de risco como obesidade e diabetes.

3.3 Estratégias e ações:

- Ministrar palestras e usar vídeos informativos sobre vários aspectos da Hipertensão na gravidez, como: nutrição adequada, cuidados com as gestantes, fatores de risco, tratamento não medicamentoso e medicamentoso e a aderência a mesmo, complicações da doença, importância do seguimento em consultas, realização de exercícios indicados na gestação como os aeróbios ou trabalho do parto.

3.4 Avaliação e monitoramento:

As gestantes serão avaliadas e monitoradas tendo por base cifras da pressão arterial e pressão arterial média, três vezes por semana e resultado da proteinúria trimestral, avaliado em consulta na USAFA.

4. RESULTADOS ESPERADOS:

Espera-se que as gestantes melhorarem as cifras de pressão arterial e diminuam os fatores de risco da doença para que as complicações materno-fetais possam ser atenuadas ou inexistentes.

Referências Bibliográficas:

1. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 181-92. [[Links](#)]
2. Livingston JC, Sibai BM. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001; 28: 447-63. [[Links](#)]
3. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2002; 33: 159-67. [[Links](#)]
4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Hypertensive disorders in pregnancy. *In: Williams JW, editor. Williams Obstetrics*. Houston: Mc Graw-Hill; 2001. p. 567-617. [[Links](#)]
5. Ray JG, Burrows RF, Burrows EA, Vermeulen MJ. MOS HIP: Mc Master outcome study of hypertension in pregnancy. *Early Hum Dev* 2001; 64: 129-143 [[Links](#)]
6. Buchbinder A, Sibai BM, Caritis S, MacPherson C, Hauth J, Lindheimer MD, Klebanoff M, VanDorsten P, Landon M, Paul R, Miodovnik M, Meis P, Thurnau G. Adverse perinatal outcome are significantly higher in severe gestational hypertension than in mild preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 66-71. [[Links](#)]
7. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, MacPherson C, VanDorsten P, Landon M, Miodovnik M, Paul R, Meis P, Thurnau G, Dombrowski M. Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 422-6. [[Links](#)]
8. Netto HC. Obstetrícia básica. *In: Vasconcelos MJA, editor. Pré-eclâmpsia: doença hipertensiva vascular crônica*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 247-57, 365-70. [[Links](#)]
9. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2001; 29: 177-85. [[Links](#)]
10. Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, Esterlitz JR, Sibai BM, Curet LB, Catalano PM, Morris CD. Pregnancy outcomes in health nulliparas who developed hypertension. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 24-8. [[Links](#)]
11. Rey E, Couturier A. The prognosis of pregnancy in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 410-16. [[Links](#)]

12. Sibai BM, Lindheimer MD, Hauth J, Caritis S, VanDorsten P, Klebanoff M, MacPherson C, Landon M, Miodovnik M, Paul R, Meis P, Dombrowski M. Risk factors for preeclampsia, abruptio placentae, and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. N Engl J Med 1998; 339: 667-71. [[Links](#)]