



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**



CAIO MARCK DE ALMEIDA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: um estudo  
sobre a doença hipertensiva específica da gestação na comunidade  
Tabocal em Santarém-Pará**

BELÉM – PA

2019

CAIO MARCK DE ALMEIDA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: um estudo sobre a doença hipertensiva específica da gestação na comunidade Tabocal em Santarém-Pará**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Carla Andréa Avelar Pires

BELÉM – PA

2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

CAIO MARCK DE ALMEIDA

### **PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: um estudo sobre a doença hipertensiva específica da gestação na comunidade Tabocal em Santarém-Pará**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: \_\_\_\_\_  
Aprovado em: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Carla Andréa Avelar Pires  
Orientador

---

Profa Ma. Leidiana de Jesus Silva Lopes  
Membro da Banca

Dedico a conclusão desta pós-graduação à minha família e a todos os funcionários da UBS Tabocal que de forma direta ou indireta me ajudaram.

## RESUMO

Esta pesquisa buscou elaborar um plano de intervenção com o intuito de prevenir a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em pacientes atendidas durante o pré-natal na UBS Tabocal/PA. Para tanto, foram entrevistadas pacientes gestantes que foram voluntárias a participarem da pesquisa que teve como objetivos traçar um perfil sócio e demográfico das gestantes atendidas na Unidade de Saúde Básica em Tabocal, estado do Pará; identificar o histórico ginecológico e obstétrico e identificar fatores de risco, com o intuito de formular estratégias e ações voltadas à atenção básica para prevenir complicações decorrentes da DHEG. Os resultados demonstram que o perfil da maioria das pacientes é de idade de 20 a 35 anos, de mulheres não casadas, e com escolaridade de ensino médio. A raça predominante é a parda. Quanto ao histórico obstétrico observou-se que as entrevistadas aderiram ao pré-natal, sendo que 57% tinham entre 6 e 9 consultas. Acerca dos fatores de risco, 44% se declaram fumantes, 28% possui hábitos alimentares inadequados, 15% em estado de obesidade e 15% sedentárias. Com base nos dados foi realizada uma palestra para orientar e aconselhar as gestantes sobre fatores de risco e complicações na gestação, em especial da DEGH, como estratégia de intervenção que contou com a participação das gestantes que realizam pré-natal na UBS.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Gestação de alto risco. Pré-natal.

## **ABSTRACT**

This research aimed to elaborate an intervention plan with the intention of preventing pregnancy-specific hypertensive disease (DHEG) in patients attended during prenatal care at UBS Tabocal / PA. For this purpose, pregnant women were interviewed who were volunteers to participate in the research whose objective was to trace a socio-demographic profile of pregnant women attending the Basic Health Unit in Tabocal, state of Pará; to identify the gynecological and obstetric history and to identify risk factors, in order to formulate strategies and actions focused on basic care to prevent complications arising from DHEG. The results show that the profile of the majority of patients is between 20 and 35 years old, of unmarried women, and with high school education. The predominant race is brown. Regarding the obstetric history, it was observed that the women interviewed adhered to prenatal care, 57% of whom had between 6 and 9 visits. Regarding risk factors, 44% declared themselves smokers, 28% had inadequate eating habits, 15% were obese and 15% were sedentary. Based on the data, a lecture was given to guide and advise pregnant women about risk factors and complications during pregnancy, especially the DEGH, as an intervention strategy that counted on the participation of pregnant women who perform prenatal care at UBS.

**Keywords:** Hypertension. High risk pregnancy. Prenatal.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>DHEG</b>	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
<b>EAS</b>	Elementos Anormais de Sedimentoscopia
<b>HIPERDIA</b>	Programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>mmHg</b>	Milímetros de mercúrio
<b>PBF</b>	Programa Bolsa Família
<b>PH</b>	Programa de Hanseníase
<b>PROAME</b>	Programa de Aleitamento Materno
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Programa de Tuberculose
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1. JUSTIFICATIVA .....	14
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1. OBJETIVOS GERAIS.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
3.1. IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	16
3.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	16
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	16
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	17
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	17
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é uma complicação que está presente em 5 a 10% das gestantes e acarreta na morbimortalidade fetal e materna. Nas grandes cidades a DHEG causa 35% dos óbitos na gravidez, pois teme feitos nocivos ao organismo fetal, neonatal e materno (BORGES; INDA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a DHEG é um problema de saúde pública mundial que corresponde a 3º causa de morbimortalidade materno-fetal no mundo e a 1ª no Brasil.

A DHEG ocorre com mais frequência nos últimos três meses de gestação e se caracteriza pelos sintomas de hipertensão, proteinúria e edema visível ou oculto com aumento brusco de peso (NEME, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.89), a DHEG é conceituada como:

A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.

O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré- gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

Segundo Assis (2008), a hipertensão induzida pela gravidez inclui a hipertensão gestacional (sem associação com proteinúria), pré-eclâmpsia (hipertensão com proteinúria), e eclâmpsia (pré-eclâmpsia com convulsões), estas se caracterizam por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. Quadros de pressão sanguínea maior do que 140/90mmHg configura o desenvolvimento da doença e quando se tem 160/100mmHg é indicação de pré-eclâmpsia grave (BORGES; INDA, 2010).

A DHEG acarreta distúrbios hipertensivos e complicações associadas à prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, deslocamento prematuro da placenta, edema pulmonar e cerebral e morte fetal. A mais recorrente é a pré-eclâmpsia, síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, que está presente de 2 a 8% das gestantes. Esta complicação geralmente ocorre

após 20 semanas de gravidez em gestantes com pressão arterial normal (AMORIM et al, 2017; BRASIL, 2013).

A literatura médica aponta sete fatores de risco para a DHEG, sendo eles: a idade materna, etnia, fatores socioeconômicos e demográficos, antecedentes pessoais e familiares, sobrepeso e estado nutricional e hipertensão arterial crônica e diabetes mellitus, conforme estudos realizados por Dalmáz e colaboradores (2011), Yogev e colaboradores (2010); Assis, Viana e Rassi (2008); Oliveira e Graciliano (2015) e Moura e colaboradores (2010).

Quando a idade materna é superior a 35 anos se caracteriza como gravidez tardia, sendo considerado um fator de risco preexistente para a mortalidade e morbidade materno-fetal, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Isto porque a idade avançada eleva o risco de DHEG devido ao comprometimento vascular da idade. Assim é essencial “a gravidez planejada e a orientação do profissional de saúde na pré-concepção das mulheres, para que se obtenha uma assistência de qualidade no programa de pré-natal” (ARAÚJO et al, 2017).

Quanto à etnia, Santos e colaboradores (2012) explicam que as mulheres afrodescendentes têm maior incidência de hipertensão arterial crônica e conseqüentemente maiores chances de desenvolver a DHEG.

A cor de pele negra parece apresentar uma deformidade hereditária na apreensão celular e na condução de sódio e cálcio no sistema renal, o que pode ser explicado pela presença de um gene economizador de sódio, predispondo, assim, à hipertensão arterial e, conseqüentemente, à PE sobreposta à cronicidade dos níveis pressóricos elevados (MAGALHÃES et al, 2006 apud Araújo et al, 2017, p. 4258).

Em relação aos fatores socioeconômicos e demográficos, estas estão diretamente ligadas à piora das condições obstétricas, pois a baixa escolaridade, baixa renda familiar e condições inadequadas de moradia, segundo Oliveira e Graciliano (2015).

Assim como os antecedentes pessoais e familiares sugerem o risco de recidiva de doenças ligadas a fatores genéticos, sendo, portanto, um fator de risco à DHEG. Estudos indicam também que o sobrepeso decorrente da dieta alimentar inadequada da mulher gestante ocasiona diabetes gestacional e a pré-eclampsia. É necessário que a equipe de acompanhamento do pré-natal ressalte a importância e os benefícios de uma dieta equilibrada e balanceada tanto para o bem estar da gestante quanto do feto (ARAÚJO et al, 2017; PAIVA, 2006).

Por fim, a hipertensão arterial crônica e a diabetes mellitus (DM) também são predisposições para a DHEG. De modo que, mulheres diagnosticadas com tais doenças e que pretendem engravidar devem ser assistidas por uma equipe médica a fim de controlar os níveis da pressão e de glicemia, manter uma dieta equilibrada, praticar atividades físicas regulares. Além de ter um tratamento medicamentoso adequado e recomendado pelo médico (ARAUJO et al, 2017).

O diagnóstico da DHEG é realizado por meio do pré-natal após 20 semanas de gestação, em que sintomas específicos como aumento de edema, dores de cabeça persistentes, epigastralgia ou dor no quadrante superior direito e distúrbios visuais.

Sendo que,

A altura uterina deve ser medida em cada visita pré-natal, uma vez que o tamanho menor do que o esperado para a idade gestacional pode indicar retardo de crescimento intrauterino ou oligodramnia. Edema facial e ganho de peso rápido também devem ser notados, pois esta síndrome se associa à retenção de fluidos (COZENDEY et al, 2015, p. 18).

- Para diagnosticar a pré-eclâmpsia é necessário a avaliação (BRASIL, 2012):  
Pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mm Hg ou diastólica igual ou superior a 90 mmHg após 20 semanas de gestação em uma mulher com pressão arterial previamente normal;
- Proteinúria de 3 gramas ou mais de proteína em urina de 24 horas (normalmente corresponde com 1+ ou superior no EAS). Características tais como edema e elevação da pressão arterial acima dos valores iniciais do paciente já não são critérios de diagnóstico;
- A avaliação laboratorial deve incluir enzimas hepáticas, contagem de plaquetas, nível de creatinina sérica, e uma coleta de urina de 12 a 24 horas para a medição de proteína total (MAYO; ARAÚJO, 2008; WAGNER, 2004).

O Ministério da Saúde (2012) classifica quatro tipos de DHEG, sendo a hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (sem proteinúria).

Durante a anamnese, deve-se pesquisar sobre fatores de risco como: antecedentes pessoais e familiares (principalmente mãe e irmãs com hipertensão e DHEG) e antecedentes gineco-obstétricos como história prévia de pré-eclâmpsia;

crescimento intrauterino restrito; gravidez anterior com prematuridade; gemelaridade; nuliparidade; síndrome antifosfolípide, abortamento de repetição e diabetes mellitus (TOCANTINS, 2012).

Quanto ao tratamento, a ampla investigação para evitar complicações durante a gestação e conseqüentemente o DHEG como forma preventiva da doença é a principal recomendação para que a gestante tenha um tratamento clínico ambulatorial programado.

Quando a doença é diagnosticada é recomendado que haja uma dieta especial, repouso durante o dia (em decúbito lateral esquerdo para promoção de uma melhora do fluxo uteroplacentário), consultas semanais ou mesmo a cada 3 a 4 dias, aferição diária da pressão, uso de anti-hipertensivos, sedação com diazepínicos e fenotiazídicos, dentre outros (BARRA et al, 2011).

Conforme Nour e colaboradores (2015), apesar de os estudos obstétricos evoluírem constantemente com técnicas eficazes que levam à diminuição das taxas de morbimortalidade materno-infantil, a saúde reprodutiva ainda é um problema de grande proporção nos países emergente, como no Brasil. Sendo que, a qualidade da atenção básica no Brasil é um ponto crítico da assistência à saúde, inclusive à saúde da mulher.

A ausência da assistência pré-natal está diretamente associada à taxa de mortalidade perinatal, pois segundo os dados 98% da morte de mulheres por causas maternas podem ser evitadas com a adoção de medidas que garantam o acesso ao serviço de saúde e qualidade de cuidado (GAIOSO et al., 2014).

Nesse sentido, o acompanhamento e incentivo de que as gestantes procurem o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é um ponto estratégico para proporcionar a assistência pré-natal necessária à gestante, que poderá contar com um atendimento multidisciplinar durante o ciclo da gravidez, para o atendimento médico, orientações de hábitos diários relacionados à dieta, atividade física, higiene, preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido, amamentação e ainda orientação psicológica (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Isto porque a DHEG é uma doença assintomática, e dependendo do caso o diagnóstico é unicamente físico e por meio de dados laboratoriais da gestante, que é caracterizado pelo aumento dos valores da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, que acarreta doenças decorrentes da DHEG como a pré-eclâmpsia leve, a

pré-eclâmpsia grave, a eclampsia e a síndrome Hellp - (H) hemólise (el) enzimas hepáticas elevadas (lp) baixa contagem de plaquetas, ou CID (coagulação intravascular disseminada) (SOUZA, et al, 2014).

A assistência no pré-natal é de fundamental importância para a prevenção e tratamento durante a gestação, parto e puerpério impactando diretamente nos indicadores materno-infantis. Com o aconselhamento adequado desde o início da gravidez, assegura-se que o fim da gestação nasça uma criança saudável e garante o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2012).

Pois, “há evidências de que os índices de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal” (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002).

Entretanto, não existem evidências que possam associar a ocorrência de pré-eclâmpsia a algum tipo de comportamento ou eventual negligência pessoal. Apesar de não prevenir pré-eclâmpsia, iniciar o pré-natal o mais precoce possível pode permitir a antecipação de problemas. Não se sabe exatamente por que algumas mulheres desenvolvem pré-eclâmpsia e outras não. Parece existir alguma predisposição genética, isto é, filhas de mulheres que tiveram pré-eclâmpsia teriam maior chance de tê-la. Outros fatores relacionados ao sistema imunológico materno fazem com que mulheres que estejam grávidas pela primeira vez de seu marido ou companheiro tenham maior chance de pré-eclâmpsia. (MASSONETTO, 2011 apud Souza et al, 2014, p. 03).

Com uma assistência qualificada e humanizada ocorre a incorporação de condutas acolhedoras de promoção à saúde, desde o atendimento ambulatorial ao atendimento hospitalar de alto risco, promovendo uma assistência pré-natal e puerperal qualificada e eficiente (AMORIM et al, 2017).

Segundo Vieira e colaboradores (2011), a adesão ao pré-natal está relacionada à qualidade da assistência prestada pelos profissionais e serviços de saúde. O contexto social, as questões de gênero, fatores econômicos interferem diretamente na qualidade de vida da gestante e na busca de assistência do serviço de saúde.

Neste sentido, a importância da educação em saúde para as mulheres, a fim de despertar a conscientização da importância do pré-natal, que proporciona uma abordagem apropriada às necessidades da gestante e do feto (DE ANDRADE BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Em 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) a fim de promover ações direcionadas á redução da mortalidade e morbidade materna, melhorando os resultados perinatais. Em 2011, o

SUS instituiu a rede cegonha para assegurar à mulher uma atenção qualificada e humanizada na gravidez, parto e puerpério, promovendo à criança um direito de nascimento seguro e crescimento saudável (NOUR et al, 2015).

### 1.1. JUSTIFICATIVA

A hipertensão é uma das doenças mais comuns em grávidas. A identificação dos fatores de risco e de complicações da DHEG em gestantes é realizada durante o pré-natal, de modo que, quanto mais precocemente a doença é diagnosticada melhores são os resultados maternos e perinatais.

É dever de todo o médico que presta serviço na atenção primária a saúde, assegurar a evolução normal de uma gravidez, mediante a identificação de fatores de riscos e complicações, sendo assim, é essencial o acolhimento de gestantes nas UBS, incluindo oferecer o pré-natal maneira adequada e por uma equipe multiprofissional, desde a fase inicial da gravidez para a realização de exames clínicos, de medidas profiláticas e ações preventivas.

A realidade vivenciada na UBS Tabocal, devido às más condições de vida, de infraestrutura e de baixa escolaridade, as gestantes, tampouco à comunidade, não possuem conhecimento acerca dos fatores de risco da DHEG, das complicações que pode ocasionar a mortalidade materno-infantil e das possibilidades de prevenção da doença. Nesta comunidade, me chamou a atenção para a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), pois das 20 gestantes atendidas pela unidade de saúde, nove apresentam distúrbios hipertensivos, que comprometem a evolução da gestação e que podem ter por consequência a mortalidade materno-infantil.

Por meio deste estudo foi possível conhecer o perfil das gestantes atendidas na UBS e o seu histórico hipertensivo, a fim de propor possibilidades de profilaxia durante o pré-natal e propor alternativas de promoção da saúde e prevenção da DHEG na comunidade.

A proposta deste projeto de intervenção na UBS Tabocal é de promover a saúde na localidade, através do esclarecimento de dúvidas sobre a doença e informações sobre profilaxia e medidas preventivas, a fim de reduzir o número de casos de gestantes com DHEG e com complicações.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVOS GERAIS

- Implantar um plano de intervenção para prevenir a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em pacientes atendidas durante o pré-natal na UBS Tabocal/PA.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sócio-demográfico das gestantes atendidas na UBS;
- Verificar o histórico gineco-obstétrico das gestantes;
- Identificar fatores de risco nas gestantes atendidas na UBS;
- Formular estratégias e ações voltadas à atenção básica para prevenir complicações decorrentes da DHEG.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

No que refere as implicações éticas, durante as avaliações não existiu nenhum dado que identifique as entrevistadas e que lhe cause constrangimento ao responder às perguntas. Os dados foram coletados com sigilo absoluto das informações, a fim de evitar o constrangimento das pessoas entrevistadas.

Respeitando assim, os princípios éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde em todo processo de realização de pesquisas. As informações obtidas serão de uso exclusivo para esta pesquisa. O pesquisador ainda assume o compromisso de sigilo e confidencialidade destas informações. Não havendo riscos para as entrevistadas.

Quanto aos benefícios da pesquisa, através do projeto, a equipe de saúde da unidade poderá escolher ações e estratégias como um plano de intervenção vinculado ao programa de saúde da mulher da atenção primária à saúde, para o aconselhamento e orientação sobre a DHEG, de forma a estender tais ações para familiares das pacientes e para comunidade como um todo.

Para a realização da pesquisa, o pesquisador apresentou ao gestor da unidade de saúde um termo de autorização Institucional de utilização de dados para coleta de dados em arquivos (Apêndice 2), uma vez que, o roteiro da pesquisa incluiu a identificação de número de gestantes atendidas pela UBS.

#### **3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário e entrevista direta para traçar o perfil sócio demográfico das participantes.

#### **3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A população de estudo foram gestantes cadastradas na UBS Tabocal que realizam ou realizaram no último ano acompanhamento na unidade no período de 2018 a 2019.

Santarém é o 3º município mais populoso do Pará, o 7º de toda a região norte e o 83º do Brasil. Com uma área de 22.887,080 km<sup>2</sup>, abriga cerca de 300 mil habitantes, de acordo com o censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2018 (IBGE, 2018).

A comunidade Tabocal está localizada às margens da Rodovia Santarém-Cuiabá BR-163, à altura do km 22, a 40 quilômetros de Santarém. Foi fundada em 12 de setembro de 1898. A comunidade possui como meio de subsistência o cultivo da horticultura, além do trabalho com criação de galinhas. Como tradição há a Festa de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, além da Festa Junina e Festa comunitária.

A Unidade de Saúde da Família (USF) em Tabocal presta serviços de atendimentos médicos e de enfermagem, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa de Aleitamento Materno (PROAME), acompanhamento de pré-natal/parto e nascimento, Programa de Tuberculose (TB), Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Hanseníase (PH), Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA).

A população atendida pela unidade é de 4.230 pessoas. Pelo fato da USF possuir uma estrutura pequena, apesar de ser uma unidade nova e com boas condições de uso, a alta demanda de atendimento restringe boa parte da população a ter um acesso à saúde de qualidade, já que a demanda é maior do que a unidade é capaz de atender.

### 3.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Idade
- Escolaridade
- Raça
- Situação conjugal
- Histórico gineco-obstétrico
- Diagnóstico do médico
- Histórico hipertensivo
- Fatores de risco

### 3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

As informações colhidas no período de pesquisa foram compiladas e descritas em forma de resultados através do programa Microsoft® Office word.

#### 4. RESULTADOS

A ficha de investigação de coleta de dados, apresentada no apêndice 1, teve por objetivo traçar um perfil sócio demográfico das gestantes atendidas na UBS, de modo que, das 20 pacientes gestantes atendidas pela UBS no período de setembro de 2018 a março de 2019, sendo que 9 apresentam distúrbios hipertensivos, conforme verificado nos prontuários. Destas nove, sete concordaram em participar voluntariamente da pesquisa.

Das sete que aceitaram participar, observou-se que 72% (5) possuem entre 20 a 35 anos, 14% (1) possuía menos de 19 anos e novamente 14% (1) tem idade maior do que 36 anos.

Estudos explicam que mulheres com gestações tardias, com idade acima de 35 anos é um fator de risco à gestação. O risco decorre da senilidade ovariana, de doenças pré e pós existentes a gestação e maiores chances de hospitalizações (ALVES et al, 2017).

Sobre a escolaridade, 57% (4) revelaram ter o ensino médio completo, 29% (2) têm ensino fundamental incompleto e 14% (1) possui ensino fundamental completo. A raça predominante entre as entrevistadas foi a parda com 86% (6), seguida da branca com 14% (1), o que é esperado devido a predominância étnica regional. Quanto à situação conjugal, verificou-se que 42% (3) são casadas, e que 29% (2), são, respectivamente, solteiras e de comunhão livre.

A atenção à gravidez deve-se levar em consideração não somente o atendimento médico à gestante, mas também a dimensão cultural e moral, pois conforme o Ministério da Saúde, situações de vulnerabilidade social, baixa escolaridade, família fragmentadas podem desencadear situações de risco para a gestantes, como a ausência de acompanhamento de uma equipe de saúde no pré-natal (GOMES et al, 2001).

Nesta pesquisa observou-se que, apesar de as entrevistadas serem em sua maioria de classe média baixa, elas participam do acompanhamento no pré-natal. Em relação ao número de consultas durante o pré-natal, 43% (3) teve menos do que cinco consultas, 43% (3) estavam entre 6 e 8 consultas, e 14% (1) estava com mais de 9 consultas.

No que se refere ao histórico gineco-obstétrico, 57% (4) era de gestação multigesta, 29% (2) em secundigesta e 14% (1) na primigesta. Das entrevistadas

100% informaram realizar o pré-natal, sendo que 57% (4) tiveram ganho de peso acima de 10 quilos durante a gestação.

O pré-natal, realizado de forma adequado com todos os acompanhamentos, é capaz de identificar precocemente complicações obstétricas que possam prejudicar não somente a mãe como o bebê (VERAS; MATHIAS, 2014). Uma vez que, o objetivo do acompanhamento no pré-natal é assegurar o desenvolvimento seguro da gestação, de modo a permitir o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto à saúde da mãe, inclusive por meio de atividades preventivas e educativas (BRASIL, 2012).

Quanto aos sintomas apresentados nenhuma participante informou ter tido calafrio, tonturas, edema ou desconforto respiratório. No diagnóstico médico não foi detectado a DEGH, eclampsia, edema ou diabetes gestacional. Fato constatado pelo histórico hipertensivo que deu negativo pré e pós-existente, apesar de haver sido verificado distúrbios hipertensivos nas gestantes.

Sobre os fatores de risco para o DEGH, as entrevistadas informaram que 44% (3) são fumantes, sendo o tabagismo um fator de risco, 28% (2) tem hábitos alimentares inadequados, 15% (1) apresentou obesidade, e 15% (1) informou ser sedentária.

Os fatores de risco são classificados em modificáveis que são os comportamentais como tabagismo, hábitos alimentares, sedentarismo e alcoolismo e os não-modificáveis como sexo, genética e idade (BRASIL, 2006). No caso dos fatores de risco da DEGH, um acompanhamento adequado pode auxiliar a gestante de forma preventiva a corrigir os fatores de risco envolvidos, auxiliando na redução de complicações obstétricas, como as detectadas por esta pesquisa.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como método de intervenção para as entrevistadas foi proposto uma palestra com a equipe de saúde que atua nos programas de pré-natal, a fim de orientar e tirar dúvidas das gestantes acerca de complicações na gravidez, em especial da DEGH, com o intuito de reduzir os comportamentos de riscos e aconselhamento sobre a gravidez como nutrição adequada, apoio social, melhora da autoestima e do estilo de vida e a redução de fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares ruins e dentre outros.

Na palestra foram propostas ações educativas e medidas para evitar a incidência da DEGH, sendo feito de forma coletiva pelo pesquisador. E individual, já que algumas pacientes se demonstraram interessadas no aconselhamento posterior à palestra. Todas as pacientes acompanhadas pelo pesquisador participaram da palestra, mesmo àquelas que não foram voluntárias a participarem da pesquisa, o que demonstra o interesse das gestantes em informações acerca de sua saúde e do seu bebê.

Julga-se importante e necessário que a equipe médica de saúde da UBS de Tabocal formule mais estratégias para a comunidade local e ações voltadas à atenção básica para prevenir complicações decorrentes da DHEG e demais ações voltadas para a saúde da família. Além disso, os profissionais devem estar atentos às formas de atendimentos e eficiência dos programas do Ministério da Saúde, pois há algumas dificuldades na prestação do serviço de saúde que podem ocasionar complicações no acompanhamento do pré e pós-natal de gestantes.

Para uma intervenção futura, este pesquisador sugere formular operações de enfrentamento das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, identificando os recursos organizacionais e financeiros necessários para que as ações não fiquem somente no papel, mas que sejam colocadas em prática.

Além de incorporar semestralmente, um grupo de gestantes para participarem de palestras, acompanhamentos e orientações que podem ser feitos pela sinergia da ação de profissionais da equipe de saúde como médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, dentre outros.

## 6. REFERÊNCIAS

ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n.4, 2017.

AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda; et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(4):1574-83, abr., 2017.

ARAÚJO, Isabella Félix Meira et al. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 10, p. 4254-4262, 2017.

ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq bras cardiol**, v. 91, n. 1, p. 11-7, 2008.

BARRA, Sérgio et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012.

BRASIL. **Estatísticas Vitais**. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET). Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em abr de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

\_\_\_\_\_. **Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica**. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/s\\_aude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/s_aude_brasil_2011.pdf). Acesso em jan de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica, nº 32. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em fev. de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília (DF): MS; 2006.

\_\_\_\_\_. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em fev. de 2019.

BORGES, Jolçueider Dayane de Moura; INDA, Luís Fernando. **Compreensão de gestantes acerca da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a adesão ao tratamento**. Universidade Federal do Pampa. Trabalho de Conclusão de Curso. Uruguaiana, 2010.

CADE, NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2001; 9(3): 43-50.

COZENDEY, Aline Guedes et al. Análise clínica e epidemiológica da doença hipertensiva específica da gestação. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015.

DALMÁZ, Caroline Abrão et al. Fatores de risco para distúrbios hipertensivos da gravidez no sul do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 57, n. 6, p. 678-682, 2011.

DE ANDRADE BARBOSA, Thiago Luis; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; DIAS, Orlene Veloso. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011.

FERREIRA MOURA, Escolástica Rejane et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

FUSTINONI, Suzete M. Síndromes Hipertensivas na gravidez. In: BARROS, Sonia M. O.(org). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. 1ªed. São Paulo: Manole, 2006.

GAIOSO, E. M. S. et al. Gestantes atendidas em hospital de referência do SUS: quem são e quais os motivos? **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 33-9, 2014.

GOMES, Romeu et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem** ; 9(4):62-7, 2001.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estados. Pará. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa>>. Acesso: 9 dez 2018.

LUCIANO, Marta Pelizari; SILVA, Eveline Franco da; CECCHETTO, Fátima Helena. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Revista de enfermagem UFPE on line**. 2011 jul.;5(5):1261-266.

MAYO, Carline Tavares Rebel; ARAÚJO, Elaine Maciel; ROMEIRO, Livia Siqueira. Efeitos hemodinâmicos da fisioterapia em gestantes com doença hipertensiva específica da gravidez. **Perspectivas OnLine 2007-2011**, v. 2, n. 8, 2008.

NEME, B. Doença Hipertensiva Específica da gestação: Pré-eclâmpsia – Eclâmpsia. In: REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NOUR, Guilherme Frederico Abdul et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; GRACILIANO, Nayara Gomes. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 441-451, 2015.

PAIVA, E. S. Como deve ser a alimentação da gestante hipertensa. **Jornal O Norte**. João Pessoa, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/4836/483648971010/>. Acesso em abr de 2019.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde [Internet]**, v. 3, n. 1, p. 208-22, 2008.

SANTOS, Eliane Menezes Flores et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 3, p. 102-106, 2012.

SCOPEL, Daiana et al. Marcadores clínicos e laboratoriais para doenças hipertensivas específicas na gravidez. **Arq. Catarin. Med**, v. 41, n. 2, p. 15-19, 2012.

SOUZA, Girlete Silva de; ALMEIDA, Diego Magno Alves de; VERSIANI, Clara de Cássia. ALVES, Carolina dos Reis. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG): uma revisão integrativa. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 19, Nº 195, Agosto de 2014.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense**. Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-natal e Puerpério. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 169p.

VERAS, Thaise Castanho da Silva; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(3):401-8.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. Esp., p. 255.

WAGNER, Lana K. Diagnóstico e gerenciamento de pré-eclâmpsia. **Am Fam Physician**, v. 70, n. 12, p. 2317-24, 2004.

YOGEV, Yariv et al. Resultado da gravidez em idade materna extremamente avançada. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 6, p. 558. e1-558. e7, 2010.

**APENDICE 1 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA COLETA DE DADOS****1 – IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA****1.1 IDADE:**

≤ 19 ANOS       20 – 35 ANOS       ≥ 36 ANOS

**1.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA:**

ESTADO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

COMUNIDADE: \_\_\_\_\_

**1.3 ESCOLARIDADE:**

ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO  
 ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO  
 ENSINO MÉDIO       ENSINO SUPERIOR       PÓS  
GRADUAÇÃO

**1.4 RAÇA:**

BRANCA       PARDA       NEGRA

**1.5 SITUAÇÃO CONJUGAL:**

SOLTEIRA       CASADA       VIUVA  
 DIVORCIADA       COMUNHÃO LIVRE

**2 – HISTÓRICO GINECO-OBSTÉTRICO**

**2.1 – NÚMERO DE GESTAÇÕES**

PRIMIGESTA    SSECUNDIGSTA    MULTIGESTA

TEMPO DE GESTAÇÃO ATUAL: \_\_\_\_\_ MESES.

**2.2 – REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL    SIM    NÃO**

ALTURA: \_\_\_\_\_m   MASSA CORPÓREA: Antes: \_\_\_\_\_kg. Depois \_\_\_\_\_kg

**2.3 NÚMERO DE CONSULTAS DURANTE O PRÉ-NATAL:**

≤ 5    de 6 a 8    9 ou mais

**3. SINTOMAS**

CALAFRIO    TONTURAS

INCHAÇO

DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

**4. DIAGNÓSTICO MÉDICO**

DEGH /PRÉ-ECLAMPSIA    ECLAMPSIA    EDEMA

DIABETES GESTACIONAL

**5. HISTÓRICO HIPERTENSIVO**

PRÉ-EXISTENTE

PÓS-EXISTENTE

**6. FATORES DE RISCO**

HÁBITOS ALIMENTARES    OBESIDADE    SEDENTARISMO

TABAGISMO    STRESS POR MÚLTIPLAS CAUSAS

## APÊNDICE 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS

**NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_

Autorizamos a realização, nesta Unidade de Saúde, a pesquisa a fim de obter informações para o Projeto “**Promoção da saúde e prevenção de doenças:** um estudo sobre a doença hipertensiva específica da gestação na comunidade Tabocal em Santarém (PA).”, a ser desenvolvido pelo Pós graduando Dr. Caio Marck de Almeida. Do Curso de \_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Professora \_\_\_\_\_, Essa pesquisa será do tipo documental e será aneada ao **Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**, do aluno.

Sendo assim, autorizamos a coleta de dados, através da verificação dos prontuários de mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos e das gestantes atuais.

Fica acordado que, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, será entregue à Instituição sede, uma cópia impressa de toda a documentação relativa a este trabalho, que se encarregará de arquivar o material por um prazo de cinco (05) anos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Santarém/PA, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018

\_\_\_\_\_  
Gestor da Unidade