

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

THIAGO FORMIGA FARIAS

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: PRÉ-NATAL OTIMIZADO E
REDUÇÃO DE DESFECHOS DESFAVORÁVEIS**

CAMPO GRANDE - MS

2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

THIAGO FORMIGA FARIAS

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: PRÉ-NATAL OTIMIZADO E
REDUÇÃO DE DESFECHOS DESFAVORÁVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): RICHARDSON AUGUSTO
ROSENDO DA SILVA

CAMPO GRANDE - MS

2022

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada a principal complicação clínica da gestação no Brasil, sendo a maior causa de mortes maternas, mortes perinatais e prematuridade no país. O pré-natal, por sua vez, é o acompanhamento de gestantes, que busca assegurar uma gestação segura e saudável para o feto e também para a gestante através de uma assistência de excelência por parte de profissionais da saúde. O objetivo do projeto de intervenção é a redução das taxas de morbimortalidade materno-fetal relacionadas às síndromes hipertensivas da gestação por meio de ações da Atenção Básica. Esse projeto buscava, possuindo como base as recomendações da literatura e análise situacional do território, aumentar os índices de diagnóstico correto dessa complicação clínica, aprimorar a terapêutica, realizar educação em saúde, expandir a assistência pré-natal e realizar abordagem multidisciplinar. As ações foram instituídas do dia 24 de Janeiro ao dia 20 de Maio de 2022 e totalizaram o número de oito, realizadas de forma simultânea e coordenada entre os membros da equipe da unidade. Os resultados obtidos foram bastantes favoráveis, demonstrado pelo aumento de gestantes acompanhadas de 26 para 35, número adequado de consultas para todas as gestantes, todas gestantes acompanhadas com consultas antes de 20 semanas, elevação de diagnóstico de 1 para 5 gestantes portadoras de hipertensão arterial, nenhuma evolução para pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, satisfação e participação das usuárias, aferições de pressão arterial mais confiáveis, ausência de descompensações graves da pressão arterial e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de assistência pré-natal. Até a finalização do projeto, apenas 1 gestante com hipertensão havia possuído parto a termo, com recém-nascido com peso adequado e sem complicações. Fica evidente, portanto, que o projeto de intervenção instituído na unidade obteve bons resultados na melhoria do pré-natal das gestantes e acendeu a importância desse tema na equipe e nas usuárias. Sugere-se a continuidade das ações como rotina da assistência com o intuito de atingir melhores índices de morbimortalidade materno-infantil.

ÁREAS TEMÁTICAS: Atenção Primária / Saúde da Família , Hipertensão , Educação em Saúde .

DESCRITORES: CUIDADO PRE-NATAL, HIPERTENSAO INDUZIDA PELA

GRAVIDEZ, HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA.

1. INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação são classificadas em 5 diferentes tipos clínicos e em todas elas ocorre aumento da pressão arterial (PA) com pressão arterial sistólica ≥ 140 e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 , que devem ser confirmadas em duas aferições em intervalos de 4 a 6 horas, por um período mínimo de 2 semanas. A hipertensão arterial crônica (HAC) caracteriza-se por aumento da PA com diagnóstico anterior a gestação, até 20 semanas de gestação ou que persista além de 12 semanas após o parto. A hipertensão gestacional, por sua vez, é diagnosticada normalmente após a 20ª semana de gestação e desaparece até 12 semanas após o parto. A pré-eclâmpsia (PE) é diagnosticada após a 20ª semana de gestação com um aumento da PA associado a proteinúria (300mg/dL em 24 horas ou Proteinúria/creatinúria $>0,3$ ou Proteinúria de Fita com 1+) ou com presença de sinais de iminência de eclâmpsia (cefaleia, escotomas e epigastralgia) ou alterações laboratoriais sugestivas de disfunções orgânicas maternas (hemólise, número de plaquetas <100.000 e aumento de enzimas hepáticas). A eclâmpsia consiste em uma das complicações da pré-eclâmpsia e é caracterizada pela ocorrência de crises convulsivas. Por último, a HAC sobreposta por pré-eclâmpsia consiste na gestante que possui agravamento da PA associado a surgimento ou aumento em 3 vezes da proteinúria ou disfunções de órgãos-alvo após a 20ª semana (CUNNINGHAM, 2001).

A hipertensão arterial é a principal complicação clínica da gestação, com prevalência variando na literatura entre 10 a 22% das gestações (OLIVEIRA, 2006). Além disso, ela é a principal causa de mortes maternas ocorridas no Brasil, de acordo com dados de 1996 a 2018, sendo causa de 21% do total de óbitos nesse período (BRASIL, 2020). Em relação à mortalidade perinatal, a hipertensão na gestação também é considerada a maior causa de óbitos fetal ou do recém-nascido no Brasil, além de ser a principal causa de prematuridade (MOURA, 2011).

A Vigilância Epidemiológica das síndromes hipertensivas na gestação e a promoção da saúde no território da USF III Lindaci Urtiga da Costa Pereira na cidade de Pombal-PB são deficientes, visto que os índices de casos acompanhados são baixos (apenas 1 gestante portadora de hipertensão arterial de 26 acompanhadas), assim como o número de ações de saúde também são reduzidos, tais como palestras. Por outro lado, os fatores de risco (obesidade, hipertensão arterial crônica e diabetes mellitus), devido a modos de viver não saudáveis, são elevados no público das gestantes. Dentre as gestantes acompanhadas pode ser destacado o número de duas portadoras de obesidade, uma portadora de diabetes mellitus, duas com história de pré-eclâmpsia em

gestação anterior e uma com hipertensão arterial crônica.

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher buscar criar estratégias de ação em saúde com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde das mulheres no Brasil, através da garantia dos seus direitos e da melhoria dos serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. Além disso, outros objetivos são reduzir morbimortalidade feminina e expandir, qualificar e humanizar a assistência a esse público no SUS. Uma das ações para atingir esses objetivos consiste em exatamente fornecer assistência obstétrica e neonatal com qualidade e humanização (BRASIL, 2004). O objetivo do pré-natal, definido pelo Ministério da Saúde (2013), é “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas”.

A excelência de qualidade do pré-natal é essencial para reduzir os altos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil. Ademais, o Ministério da Saúde também aborda a importância dos cuidados assistenciais no primeiro trimestre, número mínimo de 6 consultas pré-natais e atenção especial às gestantes de maior risco. Outro ponto abordado são as consultas que devem ser mensais até 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2013).

No caderno da atenção básica para atenção ao pré-natal de baixo risco é elencado uma série de atribuições de cada um dos profissionais da saúde (agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista) na assistência a gestante (BRASIL, 2013). As estratégias no pré-natal para prevenção de PE e HAS grave, por sua vez, seriam identificar gestantes de risco, prevenir ocorrência de pré-eclâmpsia e tratar a hipertensão arterial.

O prognóstico materno-fetal é relacionado à gravidade da hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia (OLIVEIRA, 2006). Os sinais de gravidade da pré-eclâmpsia seriam: PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110; Creatinina \geq 1,2 mg/dL; Encefalopatia Hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais); Eclâmpsia; Epigastralgia; Plaquetopenia ($<$ 100.000); Aumento enzimas hepáticas; Oligúria ($<$ 500ml/dia); RCIU e entre outros (FEBRASGO, 2017).

Os fatores de risco moderado para pré-eclâmpsia são história familiar de pré-eclâmpsia, nuliparidade, obesidade, raça negra ou hispânica, baixo status socioeconômico, maiores de 35 anos e pequeno para idade gestacional ou crescimento intrauterino restrito anterior. Os fatores de alto risco são história prévia de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, HAC, diabetes, doença renal ou doença

autoimune (FEBRASGO, 2017).

A prevenção farmacológica da ocorrência de pré-eclâmpsia deve ser realizada em pacientes com alto risco para pré-eclâmpsia através da utilização de AAS a partir da 12^a semana de gestação e suplementação de cálcio a partir da 20^a semana de gestação para redução da incidência de pré-eclâmpsia (CUNNINGHAM, 2001). Além disso, o tratamento da hipertensão arterial deve ser realizada com controle rigoroso da PA. O estudo de Magee *et al.* (2015) demonstrou que hipertensão grave(>160/100 mmHg) ocorreu significativamente mais no grupo que realizava controle menos rigoroso da PA.

A técnica correta de aferição da PA consiste em um dos pontos mais importantes para o diagnóstico precoce e correto da hipertensão na gestação. Um estudo comparativo demonstrou uma disparidade de 87% das aferições de PA entre a avaliação rotineira em um Centro de Saúde da Família com as medidas verificadas seguindo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) para diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional (GOMES, 2013).

Ademais, a participação materna também é essencial na busca da diminuição das taxas de mortalidade materna e fetal. Em revisão sistemática e meta-análise realizada por Prost *et al.* (2013) demonstrou que grupos de mulheres praticando aprendizado participativo apresentaram diminuição de 37% da mortalidade materna, 23% da mortalidade neonatal e 9% da mortalidade fetal quando comparado com grupos que realizaram cuidados habituais em locais que possuísem poucos recursos(Bangladesh, Índia, Malawai e Nepal).

Na realização da anamnese durante as consultas de pré-natal é essencial a pesquisa de fatores de risco para essa gestante, especialmente das síndromes hipertensivas na gestação devido a sua alta incidência e consequências maléficas materno-fetais. Além disso, é recomendado a aferição da PA em todas as consultas de pré-natal com a técnica adequada e, em caso de PA elevada, buscar complicações como pré-eclâmpsia e sinais de gravidade (BRASIL, 2013).

A responsabilidade da Unidade de Saúde da Família em relação as síndromes hipertensivas na gestação é realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado com o intuito de melhorar os resultados maternos e perinatais. Para isso é preciso que exista a aferição da PA das gestantes de forma adequada, realização de exames de proteinúria (teste rápido) na unidade e exames laboratoriais em tempo hábil para manejo precoce das gestantes, reduzindo os riscos de morbimortalidade materna e fetal. Além disso, implementação de terapêutica rígida de controle da PA com anti-hipertensivos e prescrição de cálcio e AAS para pacientes que possuem alto risco de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2013).

O presente estudo buscará realizar um projeto de intervenção para as gestantes do território da USF III Lindaci Urtiga da Costa Pereira, que está localizado no município de Pombal- PB. O projeto de intervenção objetiva reduzir as taxas de morbimortalidade materno-fetal relacionado às síndromes hipertensivas através da implementação de ações que visem realizar o diagnóstico precoce e correto, aumentar o número de consultas de pré-natal, atingir a quantidade de 6 consultas mínimas para todas as gestantes, participação das gestantes, redução dos fatores de risco, tratamento adequado e melhoria da assistência da equipe de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir as taxas de morbimortalidade materno-fetal relacionadas às síndromes hipertensivas por meio de ações de promoção à saúde na Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico correto e precoce dos diferentes tipos clínicos da síndrome hipertensiva da gestação através de instituição da técnica correta de aferição da PA, busca ativa de gestantes e realização de proteinúria de fita na USF.

- Prevenir pré-eclâmpsia/eclâmpsia através da instituição de medidas farmacológicas e redução de fatores de risco modificáveis.

- Promover o aprendizado participativo das gestantes.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Local do estudo: A intervenção ocorreu nas dependências da USF III Lindaci Urtiga da Costa Pereira, situada no bairro Janduhy Carneiro da cidade de Pombal/PB, e também no território adscrito da mesma unidade.

Sujeitos da Intervenção: O presente projeto buscou atingir como público-alvo todas as gestantes acompanhadas pela equipe da unidade, assim como também as mulheres em idade reprodutiva que possuam fatores de risco para as síndromes hipertensivas da gestação.

Planos de ação:

A primeira ação foi realizar no mínimo 6 consultas médicas de pré-natal para todas as gestantes e pelo menos uma anterior a 20 semanas de gestação. Isso ocorrerá através do agendamento das consultas diretamente com as gestantes e também da promoção de um bom vínculo com as usuárias. As consultas ocorrerão na sala de atendimento médico e ocorrerá principalmente no dia da demanda de pré-natal.

Na segunda ação realizou-se a busca ativa de gestantes no território. Essa ação ocorreu em conjunto com os agentes comunitários de saúde, que deverão realizar uma busca ativa de gestantes e agendar as usuárias para atendimento na unidade o mais precoce possível. Essa ação ocorrerá no território da unidade e deverá ser realizado diariamente.

A terceira ação buscou implementar um livreto na sala de triagem sobre a técnica correta de aferição da pressão arterial e também explicar aos profissionais da triagem sobre a técnica correta que deverá ser instituída. Ela ocorreu na sala de triagem da unidade, necessitará de esfigmomanômetro calibrado, estetoscópio e livreto. O treinamento do profissional da triagem ocorreu uma única vez, enquanto os livreto estarão disponíveis para consulta a qualquer momento. A técnica que deverá ser implementada consiste nas recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), estará descrito no livreto e deverá ser seguido os seguintes passos: 1º: Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco; 2º: Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas; 3º: Utilizar manguito de

tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%; 4º: Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido; 5º: Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide; 6º: Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente; 7º: Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva; 8º: Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente; 9º: Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som, seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som. Auscultar cerca de 20 a 30 mm Hg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; 10º: Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco; 11º: Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas; 12º: O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

A quarta ação consistiu na realização de distribuição de livretos e de palestras na unidade sobre as síndromes hipertensivas para as gestantes. Esses livretos e as palestras tiveram a apresentação dos sinais de gravidade: cefaleia, escotomas, epigastralgia, diplopia, turvamento visual, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, ganho de peso excessivo, dispneia, dor torácica, cianose, convulsões, pressão arterial sistólica acima de 160mmHg ou pressão arterial diastólica acima de 110 mmHg. Além disso, também descrição dos fatores de risco, que são: história prévia ou familiar, obesidade, idade materna avançada, hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus, gemelaridade, nefropatia ou trombofilia. Outro ponto abordado foi sobre a importância do tratamento adequado e bom controle pressórico para

manutenção de uma segurança para o binômio materno-fetal. Os livretos foram distribuídos durante as consultas médicas de pré-natal, enquanto as palestras ocorrerão no espaço de espera de atendimento da unidade no dia destinado ao atendimento de pré-natal. A distribuição dos livretos ocorreu semanalmente no dia de atendimento pré-natal, as palestras, por sua vez, ocorrerão de forma mensal. Será necessário para essa ação a confecção em gráfica dos livretos e de um banner.

Na quinta ação foi realizada a proteinúria de fita em gestantes com pressão arterial elevada. Foi adquirido pela unidade os testes de proteinúria de fita para que todas as gestantes que apresentarem pressões arteriais elevadas realizem na própria unidade esse teste, com o intuito de diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia. Os testes estiveram disponíveis durante todo tempo que a unidade permanecer aberta.

A sexta ação consistiu no cuidado das gestantes portadores de hipertensão arterial crônica. Foi realizado uma propedêutica de exames para detecção de eventos lesivos em órgãos-alvo de forma precoce, tais como ureia, creatinina, ácido úrico, proteinúria de 24 horas, fundo de olho, eletrocardiograma, radiografia de tórax e ultrassonografia renal. Além disso, foi realizado a adequação das medicações anti-hipertensivas, alterando-as para alfametildopa ou nifedipino de ação prolongada, além da realização de prevenção de pré-eclâmpsia em todas essas usuárias através da prescrição de carbonato de cálcio 500 mg 02 vezes ao dia a partir de 20ª semana e de AAS 100mg 01 vez ao dia a partir da 12ª semana. Essa ação ocorrerá semanalmente no consultório médico durante atendimento da demanda de pré-natal. Para essa ação foi necessário as fichas de solicitação de exame e também da distribuição dos medicamentos gratuitamente.

Avaliação e Monitoramento:

A avaliação ocorreu através da análise quantitativa do número de gestantes acompanhadas e de diagnósticos de alguma doença da síndrome hipertensiva da gestação, que deverão aumentar progressivamente desde a instituição do projeto de intervenção. Outro ponto que foi avaliado consistiu na redução de eventos materno-fetais desfavoráveis, tais como mortalidade materna, restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnio, mortalidade fetal e prematuridade. Por fim, observar os dados sobre evolução para pré-eclâmpsia em gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica após implementação dos cuidados para essas usuárias, sendo esperado uma diminuição do quantitativo dessas evoluções.

O monitoramento das atividades foi realizado de forma mensal, através da inspeção da sala de triagem para avaliar se a técnica de aferição de pressão arterial está sendo realizada de forma correta, elaboração de uma pesquisa com as gestantes sobre a sua satisfação com o pré-natal, indagar os agentes comunitários de saúde sobre possíveis gestantes não assistidas e, por fim, se houve redução dos níveis pressóricos das pacientes acompanhadas.

4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

A análise situacional do território permitiu observar que haviam 26 gestantes acompanhadas em pré-natal na unidade e que dessas gestantes apenas 1 apresentava diagnóstico de síndrome hipertensiva da gestação por ser portadora de hipertensão arterial crônica. Além de possibilitar observar que os fatores de risco para síndromes hipertensivas da gestação apresentados pelas gestantes eram expressivos (2 apresentavam obesidade, 1 com HAC, 2 possuindo história de pré-eclâmpsia em gestação anterior e 1 portadora de diabetes mellitus) e as atividades de educação em saúde escassas, especialmente devido a pandemia do Covid-19. Dessa forma, levando em consideração os fatos elencados acima e que também essa complicação da gestação ainda é a principal responsável pela morte materna no Brasil, além da morte neonatal e da prematuridade, foi escolhido a realização de ações que visassem a melhoria da qualidade da assistência pré-natal no território, especialmente focado em hipertensão na gestação.

As ações desse projeto iniciaram no dia 24 de Janeiro de 2022, totalizando um total de 17 semanas para planejamento, instituição, avaliação e remodelamento das ações. Antes do início do projeto, ele foi apresentado em reunião para a equipe da unidade com o intuito de manter a equipe coordenada nas ações e ajudar para o seu pleno funcionamento. Além disso, as gestantes diagnosticadas com síndrome hipertensiva na gestação foram acompanhadas em conjunto com obstetra por se tratar de gestação de alto risco e também pela nutricionista e enfermeira da equipe, realizando um cuidado conjunto e multidisciplinar da saúde dessas gestantes.

O quadro 1 demonstra resumidamente todas as ações realizadas na USF III Lindaci Urtiga da Costa Pereira na cidade de Pombal-PB. Todas elas possuem um embasamento teórico que corrobora com a importância da sua realização.

Quadro 1— Ações, resultados e responsáveis

Ação	Resultados	Responsáveis
------	------------	--------------

<p>Busca ativa de gestantes.</p>	<p>Aumento número de gestantes acompanhadas;</p> <p>Alcance de meta do mínimo de 6 consultas de pré-natal e de , pelo menos, 1 consulta antes de 20 semanas de gestação.</p>	<p>Agentes comunitários de Saúde</p> <p>Médico</p> <p>Enfermeira</p>
<p>Livreto em sala de triagem com a técnica correta de aferição da PA;</p> <p>Calibração de esfigmomanômetro.</p>	<p>Aumento do número de diagnósticos de hipertensão gestacional;</p> <p>Maior confiabilidade dos resultados das aferições;</p>	<p>Técnica de Enfermagem</p> <p>Médico</p>
<p>Livretos distribuídos contendo técnica correta de aferição da PA, sinais de alerta para pré-eclâmpsia e hábitos de vida saudáveis;</p> <p>Conferência de resultados da PA em aparelhos das gestantes e da unidade.</p>	<p>Aumento de demanda de gestantes com possíveis sinais de alarme;</p> <p>Usuárias como participantes ativas do processo de saúde;</p> <p>Maior promoção da saúde.</p>	<p>Médico</p> <p>Gestantes acompanhadas</p>
<p>Realização de 4 palestras sobre Síndromes Hipertensivas na Gestação.</p>	<p>Satisfação das usuárias com relação ao conteúdo abordado;</p> <p>Disseminação de conhecimento;</p> <p>Participação multiprofissional;</p> <p>Otimização de tempo e alcance de usuárias;</p> <p>Promoção da saúde.</p>	<p>Médico</p> <p>Nutricionista</p> <p>Enfermeira</p>

Realização de 2 reuniões com equipe para debate sobre o tema.	Aumento da experiência da equipe sobre o tema; Troca de conhecimentos; Melhoria da qualidade de assistência em saúde.	Médico Nutricionista Enfermeira ACS Recepcionista Técnica de Enfermagem Assistente Social
Instituição de AAS 100mg/dia e Cálcio 1g/dia para gestantes com indicação para prevenção de pré-eclâmpsia;	Nenhuma evolução para pré-eclâmpsia.	Médico
Aquisição de proteinúria de fita para unidade; Exames laboratoriais de forma imediata em casos de suspeita de complicações da hipertensão.	Nenhum diagnóstico de pré-eclâmpsia; Facilitação da definição de conduta.	Técnica de Enfermagem Médico
Controle rígido das pressões arteriais das gestantes com uso de Metildopa; Solicitação de exames para screening de lesões de órgão-alvo em portadoras de HAC.	Ausência de complicações da hipertensão; Ausência de descompensação de pressão arterial graves(>160/110 mmHg); Ausência de lesões de órgão-alvo.	Médico Gestantes acompanhadas

Fonte — Produção própria do autor

A primeira ação consistiu na realização da busca ativa das gestantes através dos 07 agentes comunitários de saúde e o agendamento das consultas pelo médico diretamente com as gestantes com o intuito de atingir a meta de 6 consultas médicas de pré-natal e de, pelo menos, 1 consulta antes de 20 semanas de gestação. Foram realizadas durante as reuniões de equipe solicitações para que os agentes comunitários de saúde buscassem gestantes no território e seus números de contato. Essa ação aumentou o número de consultas de pré-natal(alcançado

que todas as gestantes acompanhadas apresentassem pelo menos 1 consulta antes de 20 semanas de gestação e número adequado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde) e o número de gestantes acompanhadas (no início do projeto eram acompanhadas 26 gestantes e no momento são 35 gestantes). Dessa forma, houve melhora dos índices de assistência pré-natal, diagnóstico precoce de síndrome hipertensiva na gestação e também ajudando a realizar o diagnóstico diferencial entre hipertensão arterial crônica e doença hipertensiva específica da gestação. Assim, graças ao empenho da equipe da unidade, é possível avaliar que essa ação obteve bons impactos na melhoria do pré-natal.

Essa primeira ação é baseada nas recomendações do Ministério da Saúde da realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal quando a gestação é de baixo risco, aumentando de acordo com os possíveis riscos. Outra recomendação consiste em manter consultas mensais até 28ª semana de gestação, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (BRASIL, 2013).

Ademais, ela também é baseada nas atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família com relação às gestantes. No caso dos agentes comunitários de saúde eles são responsáveis por encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando captá-las de maneira precoce e garantir a presença em consultas seguintes, além de realizar a busca ativa de gestantes faltosas, identificar situações de risco e realizar visitas domiciliares para orientações. Com relação a atribuições do médico também consiste em orientar sobre a periodicidade das consultas, realizar a busca ativa das gestantes e orientar sobre a importância do acompanhamento correto do pré-natal para minimizar possíveis riscos materno-fetais (BRASIL, 2013).

Outro ponto é com relação a importância da primeira consulta de pré-natal ser realizada de forma mais precoce possível, pois cuidados assistenciais no primeiro trimestre estão relacionados a uma maior qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2013). Além disso, a realização de consultas antes das 20 semanas de gestação ajuda a diferenciar a hipertensão arterial crônica e a doença hipertensiva específica da gestação. A primeira consiste em aumento da PA antes da 20ª semana de gestação ou persistência além de 12 semanas pós-parto, enquanto a segunda é caracterizada pelo aumento da PA após a 20ª semana de gestação e desaparecimento após até 12 semanas do parto (CUNNINGHAM, 2001).

A segunda ação constitui-se na implementação de um livreto sobre a técnica correta de aferição na sala de triagem para uso da técnica de enfermagem ou de outros profissionais da saúde, além da realização da calibração do

esfigmomanômetro da unidade para uma aferição mais acurada . A técnica descrita consiste na apresentada pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). A avaliação dessa ação ocorreu através da verificação quinzenal da forma que estava sendo realizada a aferição, não sendo detectado nenhum erro após a instituição do livreto. Essa ação tornou possível a obtenção de aferições mais precisas, fidedignas à realidade e mais confiáveis para instituição da conduta.

Essa segunda ação foi instituída tendo em mente as recomendações da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) e o estudo quantitativo e comparativo de Gomes et al.(2013) que demonstrou disparidades em 87% das aferições em gestantes quando comparadas às realizadas pelos funcionários da atenção primária na sala de triagem e as aferições na sala de consultório seguindo as recomendações da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão(2010). As variações no estudo foram de -38 a 28 mmHg da pressão sistólica e -26 a 20 mmHg para pressão diastólica. Isso demonstra que a técnica incorreta de aferição de pressão arterial pode tanto subestimar como superestimar a verdadeira pressão arterial, causando prejuízos à qualidade da assistência à saúde das gestantes.

A terceira ação, por sua vez, compreendeu a confecção de livreto para as gestantes que realizam a medição residencial da pressão arterial e requisição para as pacientes que trouxessem os equipamentos utilizados na sua residência para verificação através da comparação com o equipamento da unidade. Os livreto distribuídos para população possuem instruções como: Não ter realizado atividade física, não ter ingerido bebida alcoólica, café ou alimentos 30 minutos antes; Não estar com as pernas cruzadas; Manter braço na altura do coração. Além disso, possui a importância de realizar a anotação das pressões arteriais, que a PA é considerada elevada quando PAS maior ou igual a 140 ou PAD maior ou igual a 90 e também sobre hábitos de vida saudáveis. Outro ponto nos livreto eram sobre sinais de gravidade como: PAS maior ou igual a 160 ou PAD maior ou igual a 110; Dor de cabeça; Alteração na visão; Dor abdominal; Diminuição do volume urinário; Convulsão. Essa ação proporcionou um aumento da demanda das gestantes com alguma dessas queixas antes do agendamento do pré-natal, propiciando que fosse realizado a constatação do profissional dos sinais de gravidade ou não, apesar de que na maioria das vezes consistiam em sintomas não relacionados a aumento da pressão arterial, mas cefaleias e epigastralgias por outras razões. Sobre a verificação dos aparelhos residenciais de aferição de PA, foi possível perceber que 9 gestantes realizavam aferição residencial com aparelhos descalibrados e que as anotações não eram fidedignas com a realidade. Dessa maneira, através dessa ação conseguimos aumentar a participação das gestantes no processo de

produção de saúde, pois elas começaram a compreender sobre sinais de alarme, forma correta de aferir sua pressão arterial e hábitos de vida saudáveis. Essa ação foi considerada eficaz em melhorar a qualidade de pré-natal da unidade, sendo bastante elogiada por algumas gestantes.

A ação de número quatro compôs-se de quatro momentos de palestras para as gestantes nos dias específicos de pré-natal na unidade. Nesses momentos houve a explicação sobre a importância e formas de manutenção de hábitos de vida saudáveis, controle pressórico rígido nas gestantes hipertensas, sinais de alarme e riscos da hipertensão para o binômio materno-fetal. Essas palestras ocorreram através da apresentação oral de slides com imagens alusivas. Houve a participação em 2 palestras de outros profissionais da unidade, que foram a nutricionista e a enfermeira, que realizaram apresentação sobre alimentação na gestação, atividade física na gestação e forma de se realizar a aferição da pressão em casa. Essa ação foi bastante elogiada pelas gestantes e sanou dúvidas importantes, porém houve uma participação pequena das gestantes do território, havendo participação principalmente das gestantes agendadas para o dia da consulta, atingindo em média 6-8 gestantes a cada palestra. Essa ação conseguiu repassar informações que por muitas vezes, devido ao tempo curto das consultas, não seriam de conhecimento de todas as gestantes. Através dessa ação foi possível atingir um número considerável de gestantes de forma multidisciplinar e sanar suas dúvidas e medos. Após as palestras foi realizado uma pesquisa de satisfação entre as gestantes onde elas deram notas de 0 a 10 para entendimento do conteúdo apresentado, forma de abordagem do palestrante, importância da palestra, satisfação com o tempo, satisfação com o tempo fornecido para dúvidas e questionamentos, além de espaço para expressarem suas sugestões sobre formas de melhorar as palestras. A pesquisa de satisfação demonstrou nota média de 9 em cada um dos quesitos e no espaço da sugestão a principal foi a abordagem de outros temas (amamentação, parto, diabetes na gestação e entre outros).

Ambas as ações acima descritas levaram em consideração a importância da participação do indivíduo como sujeito ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010) e também que a educação em saúde é atribuição dos membros da equipe (BRASIL, 2017). Além disso, a revisão sistemática e meta-análise realizada por Prost et al. (2014) avaliou grupos de gestantes que realizavam aprendizagem e ação participativa em ambientes de pouco recurso, demonstrando uma redução de 37% da mortalidade materna, 23% na mortalidade neonatal e 9% da redução de natimortos. Outro ponto trazido por Prost et al. (2014) consiste em uma análise de meta-regressão, onde demonstra que se mais de 30% das gestantes participarem

dos grupos, as taxas de mortalidade materna e neonatal cairão, respectivamente, 55% e 33%.

A quinta ação foi a realização de 2 reuniões com os profissionais da equipe para debater sobre os tipos clínicos das síndromes hipertensivas na gestação, seus fatores de risco, suas consequências maléficas para a mãe e para o feto, formas de diagnosticar, sinais de gravidade da pré-eclâmpsia, importância da adesão terapêutica e do controle rígido da pressão arterial. Durante a reunião houve presença de quase toda a equipe, com participação de cada profissional, realizando uma troca de experiências importantíssima para melhoria da assistência às gestantes e debate de casos específicos de gestantes. Dessa forma, foi considerada uma ação eficaz, que contribuiu muito para a melhor integração da equipe e evolução de todos os profissionais.

A sexta ação, por sua vez, integrou a instituição de terapêutica para prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes portadoras de hipertensão arterial crônica ou com outros fatores de alto risco ou com 2 fatores moderados de risco para pré-eclâmpsia com uso de Cálcio 1 grama ao dia a partir da 20ª semana de gestação e AAS 100 miligramas a partir da 12ª semana de gestação. Nessa ação 5 gestantes se encaixavam nas recomendações de iniciar a terapêutica com AAS e Cálcio. Nenhuma das gestantes evoluíram com desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Dessa forma, é possível concluir que a ação foi bem realizada e auxiliou na melhoria do cuidado à saúde dessas gestantes.

De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, existe uma recomendação do uso de ácido acetilsalicílico(AAS) 100mg/dia antes da 16ª semana de gestação até 36 semanas, além do cálcio a partir da 20ª semana na dose de 1 grama/dia até o parto em casos específicos para prevenção de pré-eclâmpsia. Essa recomendação deve ser seguida diante de gestantes que apresentem um fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderados para pré-eclâmpsia (BRASIL, 2022). Os fatores de risco moderado para pré-eclâmpsia são história familiar de pré-eclâmpsia, nuliparidade, obesidade, raça negra ou hispânica, baixo status socioeconômico, maiores de 35 anos e pequeno para idade gestacional ou crescimento intrauterino restrito anterior. Os fatores de alto risco são história prévia de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, HAC, diabetes, doença renal ou doença autoimune (FEBRASGO, 2017).

Duley et al.(2019) demonstra que o uso de baixa dose de AAS em gestantes levou a redução de pré-eclâmpsia(em 24% no grupo de alto risco), parto pré-termo, recém-nascidos pequenos para idade gestacional, morte fetal e neonatal. Hofmeyr et al.(2018), por sua vez, demonstrou que a administração de altas doses de cálcio(

acima de 1 grama diário) pode reduzir o risco de pré-eclâmpsia e parto pré-termo, especialmente em mulheres que possuem dieta pobre em cálcio. A estimativa é que o cálcio pode reduzir em até 78% o risco de pré-eclâmpsia no grupo de alto risco. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (2018) afirma que AAS em doses baixas devem ser consideradas em gestantes que apresentam mais do que um fator de risco moderado ou um fator de risco elevado para pré-eclâmpsia. Segundo a opinião da ACOG, a utilização do AAS em baixas doses é seguro e está relacionado a menores desfechos maternos graves ou complicações fetais.

A sétima ação consistiu no controle rígido das pressões arteriais das gestantes e na solicitação de exames para detecção de eventos lesivos em órgãos-alvo de forma precoce em pacientes portadoras de hipertensão arterial crônica. A partir da verificação das cadernetas e das verificações domiciliares das gestantes com síndromes hipertensivas da gestação foi possível verificar como estava o controle da pressão arterial com o uso de Metildopa. A partir das verificações era realizado a manutenção da dose ou seu aumento para atingir níveis rígidos de PAS menor que 140 e PAD menor que 90. Todas as pacientes em acompanhamento conseguiram atingir as metas preconizadas de PA através do uso de Metildopa, apenas uma das gestantes necessitou de dose máxima de 2000 miligramas/dia. O número de gestantes com HAC foram três, que foram solicitados exames laboratoriais de ureia, creatinina, ácido úrico, proteinúria de 24 horas, fundo de olho, eletrocardiograma, radiografia de tórax e ultrassonografia renal. Entretanto, não foram apresentadas alterações consideráveis nesses exames. Os resultados dessa ação foi que nenhuma paciente evoluiu com descompensação grave da pressão arterial (PA > 160/110 mmHg) e foi possível afastar possíveis lesões de órgão-alvo em gestantes com hipertensão arterial crônica, melhorando a definição de condutas. Dessa maneira, considero as ações eficazes em promover melhoria da saúde das gestantes, fornecendo qualidade de assistência pré-natal e consequentemente fornecendo um direito das mulheres.

A ação anteriormente descrita segue as recomendações de que em gestantes com diagnóstico de hipertensão gestacional é preciso que exista a manutenção dos valores da PA entre 110 a 140 x 85 mmHg e de metildopa como anti-hipertensivo seguro para uso na gestação (BRASIL, 2022). Magee et al. (2015) demonstrou uma maior frequência de hipertensão materna severa (PAS>160 ou PAD>110) no grupo de pacientes que realizaram controle menos rigoroso da pressão arterial (PA <160/110 mmHg) do que o grupo que realizou controle rigoroso (<140/90 mmHg).

A oitava e última ação compõe-se da compra de fitas de proteinúria para diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia na unidade. Foram realizadas a utilização das fitas 7 vezes nesse período, porém nenhuma obteve resultado positivo. Entretanto, consistiu em uma estratégia rápida para afastar a possibilidade de pré-eclâmpsia em gestantes com possibilidade de diagnóstico. Considero uma estratégia que obteve sucesso apesar de não ter diagnosticado pré-eclâmpsia, ela foi de grande valia em afastar essa complicação e realizar o cuidado de forma responsável.

Durante a realização desse projeto foram acompanhadas um total de 5 gestantes com diagnóstico de síndrome hipertensiva na gestação. Dentre elas, 3 apresentavam hipertensão arterial crônica e 2 com hipertensão gestacional. Nenhuma das gestantes evoluiu até o momento para complicações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou Síndrome HELLP.

Anteriormente à instituição dos planos de ação, o número de gestantes diagnosticadas com Síndromes Hipertensivas da Gestação eram na ordem de 1 para 26 acompanhadas, atualmente conseguimos diagnóstico de 5 em 35 acompanhadas.

Das gestantes hipertensas acompanhadas desde o início desse projeto, apenas 1 teve o parto a termo, com recém-nascido com peso adequado para idade gestacional e sem complicações pós-parto.

Em decorrência do pouco tempo de instituição dos planos de ação e ausência de dados anteriores não foi possível colher dados de tanta significância sobre redução de eventos materno-fetais desfavoráveis, tais como mortalidade materna, restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnio, mortalidade fetal e prematuridade. Para uma melhor avaliação do sucesso dos planos de ação na redução da morbimortalidade materno-fetal seria necessário um tempo mais prolongado de análise das gestantes. Os planos de ações terão continuidade a fim de atingir o seu objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-fetal e melhorar a qualidade da assistência pré-natal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de intervenção buscou realizar ações na Atenção Básica com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-fetal relacionada às síndromes hipertensivas na gestação. Essas ações ocorreram na USF III Lindaci Urtiga de Costa Pereira, na cidade de Pombal-PB, do dia 24 de Janeiro ao dia 20 de Maio de 2022.

De maneira geral, as oito ações realizadas de forma simultânea nesse período apresentaram resultados satisfatórios com relação aos objetivos destacados no início desse projeto. Através das ações foi possível alcançar um maior número de gestantes acompanhadas na unidade, expansão do número de consultas de pré-natal, captação de forma mais precoce das gestantes, diagnóstico e instituição terapêutica de hipertensão gestacional de forma mais antecipada, prevenção e promoção da saúde, participação e aprendizagem das usuárias sobre saúde, aumento da satisfação das gestantes acompanhadas e facilitação da definição de condutas.

As ações propostas e realizadas possuem como vantagens a sua fácil realização e continuidade, sem necessidade de grandes gastos financeiros para execução, pouco tempo despendido pelos profissionais e com possíveis enormes benefícios para a assistência materno-fetal. Além disso, todas elas possuem embasamento teórico sobre a sua importância e necessidade de implementação na Atenção Básica.

A fragilidade da comprovação da eficácia concreta das ações no território consiste na quantidade reduzida de informações coletadas sobre o pré-natal anteriormente à instituição do projeto para verificar se houve, realmente, uma redução na morbimortalidade materno-fetal. Ademais, outra fragilidade das ações consiste no possível esquecimento dos profissionais da unidade em mantê-las rotineiramente para prosseguir com os benefícios já alcançados.

Por fim, sugere-se que é preciso seguir com a realização das ações propostas nesse projeto de intervenção com o intuito de ampliar cada vez mais a assistência materno-fetal adequada. Para que isso ocorra é necessário que haja, durante as reuniões de equipe, a apresentação dos resultados e da importância da continuidade das ações, para que não esqueçam e tornem-as uma rotina de assistência do serviço. Ademais, o seguimento do projeto proporcionará dados que demonstrem sua eficácia em reduzir a morbimortalidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

- ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, V. 132, N. 1, p. 44-52, 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/07/low-dose-aspirin-use-during-pregnancy>. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância Sanitária. **Boletim Epidemiológico**, V. 51, N.20, Maio, 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 30 de abr. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 de maio de 2022.
- CUNNINGHAM, F. **Williams Obstetrics**. 21. ed. Houston: Mc Graw-Hill, 2001.
- DULEY, L. et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. **Cochrane Database Syst Rev**, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17443552/#:~:text=Authors'%20conclusions%3A%20Antiplatele>

Acesso em: 30 de abr. de 2022.

FEBRASGO. **Séries, Orientações e Recomendações FEBRASGO**, N. 8. São Paulo: Connexomm, 2017.

GOMES, A. *et al.* Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2013.

Disponível

em:<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/19766#:~:text=Foram%20encontradas%20disparidades>

Acesso em: 30 de abr. de 2022.

HOFMEYR, G. *et al.* Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database of Systematic Reviews**

, 2018. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001059.pub5/full#:~:text=Eviden>

Acesso em: 30 de abr. de 2022.

MAGEE, L. *et al.* Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. **New England Journal of Medicine**, v.372, p. 407-417, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25629739/>. Acesso em: 30 de abr. de 2022.

MOURA, M. *et al.* Hipertensão Arterial na Gestação – importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Comunicação Ciências Saúde**, p. 113-120, 2011.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf. Acesso

em: 30 de abr. de 2022.

OLIVEIRA, C. *et al.* Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, V.6, N.1, p.93-98, 2006.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PHfD66LWhpQ6sSpRFmY9mVJ/?lang=pt>. Acesso

em: 30 de abr. de 2022.

PROST, A. *et al.* Womens groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource setting: a systematic review and metaanalysis. **The Lancet**, V. 381, p-1736-1746, 2013.

Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60685-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60685-6/fulltext). Acesso em: 30 de abr. de 2022.