

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO EM PORTADORAS DE SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

Carla Emanoela de Melo Brasilino; Larissa Rodrigues Magalhães; Sabrina Kérzia Sampaio de Holanda; Lara Leite de Oliveira; Liene Ribeiro de Lima

Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). E-mail: Emanuela_melo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e transcorre sem intercorrências na maioria das mulheres, caracterizando-se como um período de higidez da mãe e do concepto. Entretanto, parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbimortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) (MOURA, et al, 2010).

Referida síndrome apresenta etiologia desconhecida e caracteriza-se por Hipertensão Arterial (HA) na segunda metade da gestação, acompanhada de proteinúria e/ou edema, sendo estes chamados tríade da SHEG. Esta pode ser classificada em duas formas básicas: Pré-Eclâmpsia (PE) e Eclâmpsia (EC) (AGUIAR, et al, 2010). A PE é a forma não convulsiva e pode se manifestar com presença de edema na face, mãos, membros inferiores ou edema generalizado, e é mais frequente que a EC, cuja esta é caracteriza-se pela presença de coma ou convulsões.

A PE é caracterizada por aumento gradual da Pressão Arterial (PA), acompanhado de proteinúria (maior ou igual a 0,30g/24h) e/ou edema. A ocorrência deste último fator está associada ao aumento da permeabilidade capilar, queda de pressão osmótica plasmática e por fatores hormonais. Normalmente, esta síndrome se instala na segunda metade da gestação, geralmente após 24 semanas (SILVA, et al, 2010).

A EC é definida pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Evolui de forma insidiosa, podendo ocorrer durante a gestação, parto e puerpério e, muito raramente, até depois de 72 horas pós-parto, acompanhada ou não por descolamento prematuro da placenta (SILVA, et al, 2010).

Rolim et al. (2014) afirmam que o baixo nível socioeconômico é uma condição de grande risco para que a mulher desenvolva a SHEG, tendo em vista que ela atinge com maior frequência os países em desenvolvimento, e não os desenvolvidos. Dos aspectos socioeconômicos, o baixo grau

de escolaridade dificulta o acesso às informações e o conhecimento no autocuidado das gestantes com relação a esta síndrome, caracterizando-se como outro fator de risco importante.

A SHEG é uma doença de caráter irreversível que afeta múltiplos órgãos e é responsável por uma proporção considerável de mortes perinatais e maternas. Ressalta-se que é responsável pela ocorrência das seguintes complicações: oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a Síndrome de HELLP (ROLIM, et al, 2014).

Referidas modificações no organismo da gestante acaba resultando em alterações morfológicas e funcionais, comprometendo as funções da placenta, rins, fígado e cérebro, aumentando os riscos de Descolamento Prematuro da Placenta (DPP), prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito materno e fetal (MOURA, et al, 2010).

A motivação para estudar esse tema se deu através da necessidade de se identificar os principais desfechos fatais associados à SHEG. Desta forma, busca a necessidade de prestar uma assistência adequada ao recém-nascido e à gestante, visando diminuir a morbimortalidade materna, uma vez que estas apresentam elevados índices no âmbito da saúde. A sensibilização ao tema decorreu da observação destes fatos durante a prática do estágio curricular da disciplina do processo de cuidar Saúde da mulher durante a graduação, onde foi visto altos índices da ocorrência da SHEG devido a esta intercorrência obstétrica e suas complicações maternas.

Diante deste fato, questiona-se: Qual o perfil sócio demográfico e obstétrico das mulheres que foram acometidas por SHEG numa maternidade de referência município de Quixadá no ano de 2014?

METODOLOGIA

O estudo é do tipo documental e de abordagem quantitativa. A pesquisa documental é aquela elaborada a partir de materiais e documentos, escritos ou não, mantidos em arquivos de instituições públicas ou privadas, o que são chamados de fontes primárias. Como leis, ofícios, relatórios, projetos de lei, impressos, relatórios, registros de nascimento, divórcio, morte, testamentos ou inventários. Isso pode ser feito no momento que o fato ocorre, ou depois (MARCONI, LAKATOS, 2010; NETO, 2012).

O estudo foi realizado no Hospital Maternidade de referência do município de Quixadá-CE, que é uma instituição filantrópica, onde 90% dos seus leitos são para o SUS. Referido município

situa-se aproximadamente a 167 km de Fortaleza e tem uma população estimada em 80.604 mil habitantes.

A população do estudo foram os registros dos atendimentos descritos nos prontuários das gestantes portadoras de SHEG que estiveram internados nos meses de novembro e dezembro do ano de 2014, na referida instituição em estudo.

Foram considerados como critérios de inclusão: os prontuários das gestantes portadoras de SHEG no seu último período gravídico presentes no hospital em estudo, que estiveram internadas nos meses de novembro e dezembro do ano de 2014. Os critérios de exclusão foram àqueles prontuários e documentos que apresentem dados incompletos e letra ilegível.

A coleta de dados ocorreu no hospital já citado no mês de novembro de 2015, onde buscou informações sobre a ocorrência dos casos de gestantes portadoras de SHEG ocorridos no mês de novembro no ano de 2014. Foi utilizado um formulário construído pelas pesquisadoras, como instrumento para guiar a coleta de dados, onde investigou as seguintes variáveis: sociodemográfico, clínico e obstétrico, assistência ofertada durante o pré-natal e no âmbito obstétrico.

Após a revisão dos prontuários, os dados foram introduzidos em um banco de dados no programa Excel e a análise dos dados foi realizada pelo software Epi-info 7.1.2, no qual foram geradas as frequências absolutas e relativas, as médias e medianas das variáveis quantitativas.

Para a realização da pesquisa, o presente estudo respeitou as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos recomendados por meio da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou 24 prontuários, onde verificou que as gestantes possuem em média 25 anos ($DP \pm 6,24$) variando de 16 a 37 anos e quanto a escolaridade, observa a seguinte situação: analfabetismo (20,8%), ensino fundamental completo (37,5%), ensino médio completo (37,5%) e ensino superior (4,2%). Nota-se que predomina uma escolaridade baixa (58,3%) entre essas mulheres.

Vale salientar que o nível de escolaridade é um fator relacionado ao comportamento ligado aos cuidados de saúde. A união da menor escolaridade e condição de vida desfavorável pode dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde pessoais necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável (GUERREIRO, et al, 2014). O nível educacional dificulta ainda o

relacionamento do profissional de saúde e a gestante, acarretando a uma menor aderência às consultas preventivas e de controle dos agravos à saúde (BRITO, MOURA, SOUSA, 2015).

No grupo estudado, o antecedente familiar de hipertensão (54,2%) e diabetes (58,3%) foi confirmado na maioria das gestantes. Dentre os prontuários avaliados, percebeu-se que as participantes do estudo não eram tabagistas. O que se constitui como um avanço na promoção da saúde, pois gestantes fumantes na maioria dos casos têm filhos com baixo peso e maiores riscos de abortos espontâneos e partos prematuros, bem como serem predisponentes a desenvolverem a SHEG (Silva, et al, 2010). Quando esta prática é associada à hipertensão gestacional, acarreta na evolução da SHEG propiciando complicações maternas e perinatais.

Quanto ao antecedente obstétrico, observa que a maioria destas gestantes era primigesta. O que vai ao encontro ao estudo realizado por Amadei e Merino (2010) que afirmam que a prevalência de hipertensão gestacional é maior nas gestantes primíparas do que nas múltíparas.

Verificou-se que a maioria das gestantes (95,8%) realizou o acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e predominou o acompanhamento pelo médico e enfermeiro (91,7%). Os achados demonstrados na tabela 2 evidenciam que a maioria das gestantes é de pré-natal de baixo risco (62,5%), iniciaram o pré-natal precocemente, em média de 14 semanas, e compareceram de forma efetiva às consultas de pré-natal. Referidos achados demonstram que estas mulheres adotaram um comportamento saudável quanto ao cuidado de sua saúde obstétrica.

As gestantes em sua totalidade compareceram em mais de 6 consultas, como recomendado pelo Ministério da Saúde. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza que ao longo do pré-natal de baixo risco sejam realizadas, no mínimo seis consultas por gestante (Moura, et al, 2010).

Foi visto um predomínio de intercorrência clínica e obstétrica. Sendo que 37,5% das gestantes apresentaram alterações urinárias. Vale salientar que o período gestacional compreende um momento vulnerável para aquisição e desenvolvimento de patologias. Relacionado às intercorrências obstétricas, a mais relevante foi o CIUR (25%), seguido da prematuridade (12,5%) e oligoidrâmnio (4,2%).

Percebeu-se que a maioria das gestantes realizou os exames laboratoriais e imagem solicitados como rotina das consultas de pré-natal. Entretanto, os exames investigatórios para a intercorrência da SHEG foram pouco solicitados.

Pode-se concluir assim, que há um déficit no que diz respeito à realização dos exames investigatórios para a toxemia gravídica. Evidenciando uma lacuna no acompanhamento destas

gestantes. Tal fato pode ser justificado pela maioria ser classificada como pré-natal de baixo risco. Vale salientar que as mesmas sem sinais premonitórios poderiam ter sido investigadas para SHEG, através dos exames específicos como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

CONCLUSÃO

Pôde-se verificar ainda que grande parte das gestantes possui histórico familiar de hipertensão, são primigestas e apresentam baixo nível de escolaridade. Vale salientar que estes fatores são de risco para o desenvolvimento dessa patologia, necessitando assim de uma atenção mais qualificada durante as consultas de pré-natal, o que objetiva diminuir as complicações obstétricas.

Observou-se a ausência de registros fundamentais e o preenchimento insuficiente de diversos dados do prontuário, sendo este um fato constante observado durante toda a coleta, dificultando a realização de pesquisas para a caracterização da população estudada. Percebendo-se assim a necessidade de uma melhor qualidade no preenchimento dos prontuários para melhorar a qualidade das pesquisas realizadas e a assistência prestada.

Ressalta-se que a deficiência quanto a assistência dessa mulher durante as consultas de pré-natal, bem como sobre seus registros no ambiente hospitalar repercute na segurança dessa paciente durante a execução dessa assistência exercida na atenção primária à saúde e também durante a sua internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I; FREIRE, P.B, CRUZ, I.M; LINARD, A.G; CHAVES, E.S, ROLIM, I.L. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez. 2010.**

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília: 2012.

CARRENO, A; BONILHA, A.L.L; COSTA J.S.D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. bras. epidemiol.** v.15, n. 2, São Paulo, 2012.

CHAVES A. P. B; MESQUITA, S. K. C. RAMOS D. K. R. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: conduta de enfermeiros em unidade básica de saúde. **Rev. Da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.12, n 1, p. 648-654, jan/jul. 2014.

FRIGO, J; BRINGHENTI, L.M; GOLLO, A.A.R; ASCARI, R.A; KOLHS, M; MARIN, S.M. Perfil epidemiológico das gestantes com doenças hipertensiva especifica da gestação atendidas no serviço de referência municipal. **Enferm. Foco**; v. 4, n. 2, p. 109-111, 2013.

GUERREIRO, D.M; BORGES, W.D; NUNES, H.H.M; SILVA, S.C; MACIEL, J.P. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev Enferm UFSM**; v. 4, n. 4, p. 825-834, Out/Dez – 2014.

GUIMARÃES, J. P; MEDEIROS, L. G. S. OLIVEIRA, F. C. S. OLIVEIRA, S. F. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. **REBES** (Pombal- PB, Brasil), v. 4, n.1 p. 1-17, mar. 2014.

LOPES, G.T; OLIVEIRA, M.C.R; SILVA, K.M; SILVA, I.F; RIBEIRO, A.P.L.P. Hipertensão gestacional e a síndrome HELLP: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v.18, n.36, p.77-89, jul./dez 2013.

MOURA, E. R. F; OLIVEIRA, C. G. S; DAMASCENO, A. K. C; PEREIRA, M. Q. Fatores de risco pra síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm.**; v.15, n. 2, p. 250-255, Abr/Jun 2010.

SILVA, M, P; SANTOS, Z.M.S.A; NASCIMENTO, R.O; FONTELES, J.L. Avaliação das condutas de prevenção hipertensiva especifica da gravidez entre adolescentes. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 57-65, out./dez.2010.