



PRÁTICAS EDUCATIVAS NAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GRAVIDEZ.

Gabriela S. Oliveira¹; Alanna T. F. Carvalho¹; Ricardo C. S. Nascimento²; Wezila G. Nascimento³.

¹Graduandas de Enfermagem, Faculdade Maurício de Nassau; ²Graduando de Biologia, Universidade Estadual do Vale do Acaraú;; ³Professora/Orientadora da Faculdade Maurício de Nassau. Gaby28lipe@gmail.com.

Introdução

De acordo com Morton (2007), a Doença Hipertensiva Específica da Gestação é classificada em: Hipertensão induzida pela gravidez (em primíparas), pré-eclâmpsia (hipertensão depois da 20ª semana de gestação complicada por envolvimento renal levando a proteinúria), eclâmpsia (pré-eclâmpsia complicada por envolvimento do sistema nervoso central (SNC) levando à convulsões), hipertensão crônica que antecede a gestação, hipertensão crônica com toxemia superposta.

A hipertensão arterial está entre as causas mais frequentes de morte materna. Entre os tipos presentes na gravidez destacam-se a pré-eclâmpsia ou toxemia gravídica (é um transtorno da gravidez caracterizado pelo aumento da pressão arterial, inchaço das mãos e rosto (edema) e liberação de proteínas na urina (proteinúria) posterior à vigésima semana de gestação) e a hipertensão gestacional (é aquela hipertensão que surge somente depois da 20ª semana de gestação e que não apresenta perdas de proteínas na urina, nem qualquer outra manifestação sugestiva de pré-eclâmpsia). Na fase inicial a doença é assintomática, porém, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, sua evolução natural é desenvolver as formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação e constitui, no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas formas graves como a eclâmpsia (CUNHA E DUARTE, 1998).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, juntamente com a Sociedade Brasileira de Nefrologia e a Sociedade Brasileira de Hipertensão, existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver as Síndromes Hipertensivas Gestacionais, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primíparas, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra.

Uma grávida pode ter hipertensão seja porque já era hipertensa antes de engravidar ou porque desenvolveu hipertensão arterial durante a sua gestação. Quando o quadro hipertensivo surge somente após a 20ª semana de gestação em uma mulher que não era previamente hipertensa, ela é classificada como hipertensão gestacional. Uma vez estabelecida, a hipertensão gestacional, a



mesma costuma-se permanecer pelo resto da gravidez, mas tende a desaparecer dentro de 12 primeiras semanas após o parto.

As principais razões de óbitos maternos por causas diretas são concernentes a doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG), eclâmpsia, pré-eclâmpsia e síndrome HELLP (SOARES et al, 2010). Em seu artigo, Matias et al., (2009, p.560) explicam que "[...] morte materna é aquela prematura, em sua grande maioria de causa evitável e cujos índices revelam não apenas as condições de vida da mulher, mas também o nível de organização e a qualidade da assistência obstétrica prestada".

A cura para a DHEG é o parto. Por essa razão, se o parto não é aconselhado devido à imaturidade fetal, os esforços são dirigidos no sentido de controlar os sintomas, a fim de melhorar a condição materna e fetal até que o parto possa ser realizado (ZIEGEL E CRANLEY, 1985).

A equipe de saúde, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Duas referências utilizadas descrevem condutas de enfermagem para pacientes com hipertensão induzida pela gravidez com diversos objetivos como (ZIEGEL E CRANLEY, 1985; SOARES E FLORIANO, 2008): Diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central, controlar a pressão sanguínea, promover a diurese, controlar o bem-estar fetal, auxiliar na dor, aliviar náuseas e vômitos e reduzir edema.

É relevante estudar os principais fatores de risco maternos para as doenças hipertensivas específicas da gestação, a fim de orientar as usuárias do serviço de saúde acerca da importância do pré-natal, sinais e sintomas além dos riscos que podem ser gerados quando a doença hipertensiva não é diagnosticada no momento oportuno. Os resultados poderão auxiliar no aprimoramento de estratégias preventivas, diminuindo assim a taxa de mortalidade materna e perinatal.

Metodologia

Trata-se de um ensaio teórico reflexivo que propõe a discussão acerca dos desafios enfrentados pela equipe de saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família, sobre as práticas educativas sobre a prevenção, risco e sinais e sintomas das doenças hipertensivas durante a gestação. Os referenciais teóricos utilizados foram artigos, monografias e publicações em periódicos referentes ao assunto em questão, além do Manual Técnico de Gestante de Alto Risco do Ministério da Saúde. O ensaio teórico tem como fundamentos a exposição lógica e reflexiva, além da argumentação minuciosa, com elevado grau de interpretação e julgamento pessoal.



Resultados e Discussões

O Consenso Brasileiro de Cardiopatia e Gravidez (2004) revela que, a incidência de doença hipertensiva específica da gestação é de 10%, independente de sua etiologia, sendo considerada a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, chegando a 35% de óbitos, decorrentes de complicações como eclampsia, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda e coagulopatias.

Segundo o Ministério da Saúde e o Comitê Estadual de Redução de Morte Materna, nos últimos sete anos, a morte materna vitimou mais de 170 paraibanas. Em alguns casos, as pacientes morreram a caminho de socorro porque não havia assistência adequada em suas cidades ou porque estavam à espera de uma vaga na terapia intensiva nos hospitais da capital, já que não existe UTI materna na rede pública da Paraíba. O Comitê estima que, no ano passado, 17 mulheres tenham falecido, depois de terem dado à luz. As principais causas de morte foram: a doença hipertensiva específica da gravidez (eclampsia e pré-eclâmpsia), infecções e hemorragias. O problema ainda é a oitava maior causa de óbito em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) no Brasil, conforme o estudo "A mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna", divulgado pelo MS, em 2006. O MS diz que as mulheres já deveriam saber, no pré-natal, onde deveriam ter o seu filho. Essa assistência ao parto deveria ser assegurada e isso não acontece. Há uma grande demora, o que gera prejuízo para o bebê, para a mãe ou para os dois. Ausência de terapia intensiva Outro problema que compromete a assistência às gestantes e parturientes (principalmente, as de alto risco) é a ausência UTIs maternas. De acordo com o documento, 25 mulheres foram vítimas da morte materna, em 2006, levando-se em conta os óbitos declarados e os presumíveis. Com base nisso, a razão de mortalidade materna na Paraíba, naquele ano, foi de 46 mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

A necessidade de um acompanhamento intensivo feito por uma equipe multiprofissional preparada para repassar todos os cuidados e prevenções para as gestantes, além de auxiliar no que deve ser feito diante de um diagnóstico sugestivo de doença hipertensiva específica da gravidez, a gestante deve ser conduzida em imediato às emergências de hospitais e/ou maternidades especializadas. As mortes maternas estão relacionadas à falta de conhecimento pela paciente, por acreditar ser apenas uma alteração na pressão, não dando devida importância a magnitude do problema, muitas vezes por deficiência da qualidade do próprio serviço de saúde oferecido a elas.



Portanto, faz-se necessário o uso de artifícios como palestras, salas de espera e panfletagens, estimulando as mulheres o autocuidado, apresentando-lhes os principais sinais e sintomas que as doenças hipertensivas específicas da gravidez apresentam, além de apresentar os principais serviços de saúde onde as mesmas podem ser atendidas no caso de uma emergência obstétrica. Com isso, espera-se que com a atualização a respeito do problema, haja a diminuição significativa dos índices de morte das gestantes e perinatal.

Conclusão

As hemorragias pré e pós-parto, em conjunto, constituíram a segunda causa de morte das mulheres com uma proporção superior aos casos de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). Existem na população dois segmentos de mulheres: um que está em contato direto com os serviços formais de saúde, frequentando o pré-natal e o serviço de planejamento familiar, e que tem, portanto, menores riscos, e outro segmento que não tem acesso ou tem maior dificuldade de frequentar esses serviços e teriam maior risco reprodutivo. Os programas tradicionais de planejamento familiar podem estar excluindo mulheres que têm alto risco intrínseco, que são aquelas que não procuram os serviços e que não estariam sendo identificadas pelos mesmos. A ampliação do acesso no SUS, à atenção integral à saúde da mulher incluindo o planejamento familiar e o pré-natal qualificados como prevê o pacto de atenção básica é essencial para a redução da mortalidade materna.

Para tanto é proposto além da busca ativa por essas mulheres, as palestras e salas de espera, onde serão explanados assuntos referentes à prevenção, claro que voltadas para o dia a dia delas, falando linguagem que elas entendem, evitando o mal entendimento ou confusão de informações, assuntos relacionados ao controle e como se portar no caso de uma emergência obstétrica, orientando-as que serviços devem procurar como devem proceder, além de também pensar no período do pós-parto, visto que esse período é cheio de dúvidas para a maioria, sabendo que a prevenção é a melhor forma de cuidado.



Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-2043-4 1. Atenção Básica. 2. Atenção à Saúde. Título. II. Série.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000300005

<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13159/pdf>

http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=376:doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg-&catid=39:blog&Itemid=65

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005001000010&script=sci_abstract&lng=pt

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002