

Perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação atendidas no serviço de referência municipal

Recebido em 08/07/2012
Aprovado em: 27/05/2013

Ahead of print: 16/05/2014

Jucimar Frigo¹
Letícia Maria Bringhamti²
Andrey A. R. Gollo³
Rosana Amora Ascari⁴
Marta Kolhs⁵
Sandra Mara Marin⁶

Resumo: Objetivou-se analisar as características epidemiológicas e condições sócio-demográficas que contribuem para o desenvolvimento da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em mulheres atendidas no serviço de referência municipal. Pesquisa quantitativa, documental e retrospectiva. Analisaram-se 06 prontuários no período de janeiro de 2010 a 2011, através da estatística descritiva. Resultados: a maior parte das mulheres eram provenientes da área urbana e apresentavam entre vinte e trinta anos; 100% apresentava o IMC acima do ideal máximo; 66,7% apresentou fator pessoal de risco para a doença. Considerações finais: se faz necessário desenvolver ações educativas para melhoria da qualidade na assistência pré-natal, reduzindo assim mortalidade materno-fetal.

Palavras-chave: Enfermagem; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Hipertensão.

Epidemiological Profile Of Pregnant Women With Hypertensive Disorders Of Pregnancy Treated At Municipal Reference Service

Abstract: This study aimed to evaluate the epidemiological and socio-demographic characteristics that contribute to the development of Specific Hypertensive Disease of Pregnancy (HDP) in women treated at municipal reference service. Quantitative research, documentary and retrospective. We analyzed 06 medical records from January 2010 to 2011, using descriptive statistics. Results: Most women were from urban areas and had between twenty and thirty years, 100% had a BMI above the ideal maximum, 66.7% had a personal risk factor for the disease. Final thoughts: it is necessary to develop educational initiatives for quality improvement in prenatal care, reducing maternal and fetal mortality.

Keywords: Nursing, Pregnancy, Prenatal Care, Hypertension.

Perfil Epidemiológico De Las Mujeres Embarazadas Con Trastornos Hipertensivos Del Embarazo Atendidos En El Servicio De Referencia Municipal

Resumen: Este estudio tiene como objetivo evaluar las características epidemiológicas y socio-demográficas que contribuyan al desarrollo de la enfermedad hipertensiva específica del embarazo (HDP) en las mujeres tratadas en el servicio de referencia municipal. La investigación cuantitativa, documental y retrospectivo. Se analizaron 06 historias clínicas entre enero de 2010 y 2011, utilizando estadística descriptiva. Resultados: La mayoría de las mujeres eran de zonas urbanas y tuvo entre los años veinte y treinta, el 100% tenía un IMC por encima del máximo ideal, el 66,7% tenían un factor de riesgo personal de contraer la enfermedad. Consideraciones finales: es necesario desarrollar iniciativas educativas para mejorar la calidad en la atención prenatal, la reducción de la mortalidad materna y fetal.

Palabras clave: Enfermería, embarazo, cuidado prenatal, hipertensión.

INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período normal do ciclo de vida, onde ocorrem diversas transformações biopsicossociais na mulher, isto se constitui num processo natural cuja evolução levará ao nascimento de um bebê sadio, no entanto tais transformações podem resultar em desenvolvimento inadequado para o feto e/ou para a mãe. Toda gestação que evolui inadequadamente é considerada de alto risco, ou seja, apresenta algum fator que compromete a evolução saudável.

Sabe-se que em países em desenvolvimento incluindo o Brasil, um grande número de mulheres evolui ao óbito por complicações na gravidez, entre elas as doenças hipertensivas é responsável pela maioria das mortes maternas⁽¹⁾.

Dentre as doenças hipertensivas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é a complicação mais comum e representa os maiores índices de morbidade materna e perinatal⁽²⁾.

O Ministério da Saúde instituiu em março de 2011 a estratégia "Rede Cegonha", uma rede de cuidados materno-infantil. Visa o atendimento pré-natal integral, adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida⁽³⁾.

Nesta direção o objetivo deste estudo foi caracterizar as mulheres com DHEG atendidas no Serviço de Referência Municipal, identificando o perfil epidemiológico e sócio-demográfico que contribui para o desenvolvimento da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo documental⁽⁴⁾, com abordagem retrospectiva em prontuários de mulheres com DHEG atendidas no serviço de referência municipal em alto risco do município de Chapecó-SC, de janeiro de 2010 a 2011. Como critério de inclusão considerou-se todas as gestantes que apresentaram a

¹Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina.

²Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

³Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina.

⁵Enfermeira. Mestre em Gestão em Políticas Públicas. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina.

⁶Enfermeiro. Doutoranda em Enfermagem Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

tríade da DHEG, caracterizada por hipertensão acompanhada de proteinúria e/ou edema⁽²⁾. O instrumento utilizado para analisar os prontuários foi elaborado a fim de responder o objetivo da pesquisa: caracterizar as mulheres com DHEG atendidas neste serviço de referência municipal, buscando identificar os antecedentes familiares e pessoais, os ginecológicos e obstétricos, os hábitos de vida e os exames laboratoriais a fim de compreender os desfechos obstétricos desta população. O estudo respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, mantendo-se o anonimato dos participantes, além de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos sob protocolo nº 115/2011.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A análise dos seis prontuários identificou que todas foram encaminhadas da Atenção Básica para serviço de referência a Gestação de Risco, sendo cinco delas (83,3%) da área urbana e uma (16,7%) da rural.

Em relação à precedência, (33,3%), originam-se do bairro São Pedro, considerado um dos bairros mais carentes de Chapecó, com precárias condições de saneamento, baixa escolaridade, renda e altos índices de criminalidade. Tais condições desfavoráveis podem levar as mulheres à gestação de alto risco uma vez que esta situação está associada a condições nutricionais deficitárias e ao estresse⁽⁵⁻⁶⁾.

Se tratando do fator escolaridade 04 (66,6%) apresentavam ensino fundamental incompleto e apenas 02 (33,3%) mulheres ensino básico completo. A ausência de escolaridade aumenta o risco para mortalidade materna em 22 vezes⁽⁷⁾. Quanto menor for a escolaridade materna, menor vai ser o acesso às informações e conseqüentemente menor conhecimento sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva⁽⁸⁾.

Sobre o estado civil das pacientes observou-se que 04 (66,7%) eram casadas, 01 (16,7%) solteira e 01 (16,7%) viviam em união estável. Nesse contexto os benefícios da presença de um cuidador, é comprovadamente mais seguro, as mulheres sentem-se mais confiantes durante o processo gravídico⁽⁹⁾.

Quando relacionado a idade à doença, a faixa etária das pacientes oscilou entre 19 a 33 anos, sendo predominante a faixa etária que vai de vinte a trinta anos 66,7%. Segundo a literatura os extremos da idade são considerados de risco para a DHEG, neste estudo esta associação não se confirmou, pois a faixa etária predominante das mulheres não foi um fator de risco⁽⁶⁾.

No que se refere ao fator de risco antecedente familiar observou-se uma diversidade de fatores de risco em relação aos antecedentes familiares, destacando-se a história de gestação gemelar na família 03 (50%) e fatores de risco como sobre peso, obesidade, hipertensão e diabetes associados. Correlacionando os dados 02 (33,3%) apresentam antecedente familiar de hipertensão e diabetes e 01 (16,7%) sobre peso mais obesidade.

Com relação à hipertensão arterial progressiva podemos constatar que esta predispõe o desenvolvimento de DHEG, uma vez que 05 (83,3%) das pacientes que desenvolveram a doença também apresentaram fator de risco pessoal para hipertensão, confirmando os achados da literatura ao dizerem que as chances de uma mulher desenvolver pré-eclâmpsia são 25% maior quando apresentar história de hipertensão arterial progressiva⁽⁹⁾.

A caracterização das mulheres permitiu identificar que todas apresentaram edema e IMC acima do ideal máximo, sendo este de 24,9 Kg/m². O IMC entre 25 kg/m² e 29 kg/m² é considerado sobrepeso enquanto que IMC acima de 30 kg/m² é designado obesidade⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Dessa forma a pesquisa nos mostrou que 05 (83,3%) das pacientes são obesas e 01 (16,7%) apresenta sobre peso. O IMC aumentado é fator de risco e potencializa o desenvolvimento de outras doenças, no entanto o impacto sobre a prevalência de HAS é muito mais evidente, uma vez que, pacientes com IMC elevado entre 26 Kg/m² – 30 Kg/m² apresentam duas vezes mais chances de desenvolver a doença, e quando superior a 30 Kg/m² apresentam risco três vezes maior⁽¹²⁾. Neste estudo constatou-se que há uma relação significativa entre a hipertensão arterial com dois fatores de risco; hipertensão arterial prévia com o aumento do IMC, como aponta a literatura⁽¹³⁾.

A análise dos antecedentes obstétricos permitiu identificar que cinco mulheres iniciaram tratamento precocemente, uma vez que já apresentavam história pessoal de DHEG ou HAS, e faziam uso de anti-hipertensivo, apenas uma iniciou tratamento com 27 semanas e 05 dias de gestação. Levando em consideração que 05 (83,3%) das pacientes desenvolveram DHEG em gestações anteriores, apresentando quadro de hipertensão progressiva, o início precoce do tratamento possibilita um melhor controle da pressão arterial e previne o agravamento da doença. Através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal à enfermagem pode atuar significativamente reduzindo as complicações relacionadas com a função reprodutiva, dessa forma permitindo a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal, de acordo com o contexto em que está inserida⁽¹⁴⁾.

Quando avaliado a presença de intercorrências em gestações anteriores, cinco mulheres apresentaram na gestação anterior DHEG sendo que destas duas tiveram como agravo a interrupção da gravidez devido a abortamento e outra apresentou parto prematuro uma semana após óbito neonatal. A prematuridade, aborto e hipertensão constituem risco gravídico e predispõe a complicações futuras⁽¹⁵⁾. Destaca-se, ao analisar as fichas de encaminhamento, que mesmo sendo hipertensas prévias as mulheres iniciaram o pré-natal de baixo risco e somente frente a complicações é que foram encaminhadas para um serviço de referência municipal para pré-natal de alto risco.

Ao avaliar os antecedentes obstétricos podemos perceber que 05 (83,3%) das pacientes são múltíparas e 01 (16,7%) nulíparas. Estudos demonstram que a DHEG tem sua origem associada à produção hormonal placentária e, portanto, a hipertensão prévia só tende a agravar o quadro hipertensivo, o que em muitos casos, somente a interrupção da gravidez constitui-se na cura da patologia⁽²⁾.

Se tratando do óbito após a primeira semana de vida, apesar de não identificarmos o motivo do óbito, sabemos que nos dias atuais é um dado preocupante. Grande parte dos óbitos são passíveis de prevenção através de uma adequada atenção pré-natal e assistência ao parto e puerpério⁽¹⁻²⁾.

Quanto à realização de exames recomendados para o pré-natal de alto risco, apenas 02 (33,3%) mulheres realizaram o exame de dosagem de creatinina e 02 (33,3%) o exame de dosagem de proteinúria, sobre o exame de uréia, não foram encontrados registros quanto à sua realização, sendo assim, constatou-se que há prosseguimento às recomendações do MS para o pré-natal de alto risco, no que diz respeito ao diagnóstico da DHEG.

Em relação ao tipo de parto, todas as mulheres tiveram a indicação de parto cesárea, por parte dos profissionais médicos como conduta para o tratamento da DHEG. Sabemos que a única cura para a DHEG é o parto, assim todos os sintomas são controlados a fim de garantir a segurança materna e assegurar o nascimento de um recém-nascido saudável⁽²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término da pesquisa foi possível identificar que as características individuais e condições sócio-demográficas que contribuem para o desenvolvimento da DHEG, são condizentes com os fatores de riscos apontados por diferentes autores na literatura. Identificou-se que todas as mulheres apresentaram fatores de risco pessoais e fatores de risco familiares, em relação às condições sócio-demográficas apresentaram pelo menos um dos fatores de risco.

Apesar da maioria das mulheres que desenvolveram a

doença serem multíparas, ao observar o histórico das mesmas averiguamos que estas também apresentaram histórico pessoal de DHEG, assim, pode-se apontar que a doença acomete mais pacientes multíparas e são de caráter recidivos, sendo um fator de risco que influencia no desenvolvimento da doença em gestações futuras. Constatamos que todas as mulheres gestantes desenvolveram DHEG na idade adulta do ciclo reprodutivo, embora a literatura acuse ser esta uma doença dos extremos do ciclo reprodutivo.

Destaca-se que há uma necessidade de reverem-se as práticas assistenciais e condutas médicas no que diz respeito ao desenvolvimento do pré-natal de alto risco, desde seu diagnóstico inicial na atenção básica, inclusive os encaminhamentos e condutas por parte dos profissionais da saúde com tempo hábil para fins de diagnóstico, tratamento precoce além da prevenção de agravos e complicações maternas e neonatais.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção integral a saúde da mulher e da criança, rede cegonha: estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 16 ago 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_250311.pdf.
4. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2007.
5. Sékula RJ. Os discursos sobre o Bairro São Pedro nos três principais jornais impressos de Chapecó. Chapecó-SC; 2005 [citado 5 set 2011]. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/index.php/Os_Discursos_sobre_o_bairro_S%C3%A3o_Pedro_nos_tr%C3%AAs_principais_jornais_impresos_de_Chapec%C3%B3.
6. Moura ERF, et al. Fatores de risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enferm*. 2010 Abr/Jun [citado 6 mar 2011]; 15(2):250-5. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17855/11650>.
7. Soares VMN, et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 [citado 27 maio 2011]; 31(11):566-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>.
8. Brüggemann OM, Oliveira ME, Santos EKA. Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal. Curitiba: Progressiva; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2 fev 2011]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf.
10. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Peso ideal. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [citado 19 ago 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29922&janela=1.
11. Guyton AC, Hall JE. Fisiologia médica. Tradução Barbara de Alencar Martins et al. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. Cap.18, p. 208. Cap. 71, p. 872.
12. Trajano AJB, Jesús N. A adolescência e a gravidez – síndromes hipertensivas da gravidez (SHG). In: Monteiro DLM, Trajano AJB, Bastos AC. Gravidez e adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. Cap. 21, p. 138-47.
13. Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública*. 2007 [citado 19 set 2011]; 41(5): 788-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500013&lang=pt. Acessado em: 19 set. 2011.
14. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnóstico de enfermagem na assistência as gestantes. *Acta Paul Enf*. 2004 Jan/Mar [citado 11 jun 2011]; 17(1):9-17. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_1/res1.htm.
15. Schirmer J, Sumita SLN, Fustinoni SM. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. Cap. 10, p. 186-99