



PESQUISA

THE OCCURRENCE OF PRE-ECLAMPSIA IN WOMEN PREGNANT FOR THE FIRST TIME ATTENDING PRENATAL CARE CONSULTATION AT A UNIVERSITY HOSPITAL

A OCORRÊNCIA DE PRÉ-ECLÂMPRIA EM MULHERES PRIMIGESTAS ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

LA INCIDENCIA DE PRE-ECLAMPSIA EN MUJERES PRIMIGESTAS EN CONTROL PRE-NATAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Thelma Spindola¹, George Linconl dos Santos Lima², Renata Lazone Cavalcanti³

ABSTRACT

Objective: To investigate the characteristics of pregnant for the first time attended at prenatal; identify the incidence of preeclampsia in pregnant for the first time attended consultations in prenatal care. **Method:** A descriptive, quantitative, retrospective, held at a University Hospital in Rio de Janeiro. The charts of women pregnant for the first time attended from 2008 to 2009 were analyzed with descriptive statistics support. **Results:** There were 264 (56.3%) admissions of pregnant for the first time. Were part of the sample set 105 records. In this group, 43 (40.9%) women showed in the edema, 2 (1.9%) had proteinuria, 29 (27.6%) had no abnormalities of blood pressure measurements. **Conclusion:** In the analyzed sample there was no record of preeclampsia, however 41 (38.9%) women showed changes compatible with BP Disease Specific Hypertension in Pregnancy (HDP). Nurses have an important role in the multidisciplinary team, for early detection of complications during pregnancy contributes to reducing the incidence of maternal mortality and morbidity. **Descriptors:** Pre-eclampsia, obstetric nursing, high risk pregnancy, pregnant.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil das gestantes primigestas atendidas no pré-natal; identificar a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes primigestas atendidas em consultas do pré-natal. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, realizado num Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Os prontuários de primigestas atendidas de 2008 a 2009 foram analisados com apoio da estatística descritiva. **Resultados:** Ocorreram 264 (56,3%) admissões de primigestas. Fizeram parte do conjunto amostral 105 prontuários. Neste grupo, 43(40,9%) gestantes não apresentaram edema; 2 (1,9%) tiveram proteinúria; 29 (27,6%) não tiveram anormalidades nas aferições dos níveis tensionais. **Conclusão:** Na amostra analisada não houve registro de pré-eclâmpsia, todavia 41 (38,9%) mulheres apresentaram alterações tensionais compatíveis com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). O enfermeiro tem um importante papel na equipe multiprofissional, para detecção precoce de intercorrências na gestação contribuindo para a redução da incidência da morbidade e da mortalidade materna. **Descritores:** Pré-eclampsia, Enfermagem obstétrica, Gravidez de alto risco, Gestantes.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las características de primigesta embarazada asistieron prenatales, identificar la incidencia de preeclampsia en mujeres embarazadas primigestas asistió a consultas de atención prenatal. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, realizado en un hospital universitario de Rio de Janeiro. Los gráficos de primigestas asistió desde 2008 hasta 2009 fueron analizadas con el apoyo estadística descriptiva. **Resultados:** Hubo 264 (56,3%) ingresos primigestas. Se parte de la muestra establecida 105 registros. En este grupo, 43 (40,9%) las mujeres no mostró edema, 2 (1,9%) presentaron proteinuria, 29 (27,6%) no presentaron alteraciones de las mediciones de la presión arterial. **Conclusión:** En la muestra analizada no había constancia de la preeclampsia, sin embargo, 41 (38,9%) mujeres mostró cambios compatibles con la enfermedad de la hipertensión en el embarazo BP específico (HDP). Las enfermeras tienen un papel importante en el equipo multidisciplinario, para la detección precoz de las complicaciones durante el embarazo contribuye a reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad maternas. **Descriptor:** Pre-eclampsia, Enfermería obstétrica, Embarazo de alto riesgo, Las mujeres embarazadas.

¹Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: tspindola.uerj@gmail.com. Endereço: Edifício Paulo de Carvalho, Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. CEP.: 20551-030 - Rio de Janeiro - RJ. ²Graduado em enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, Enfermeiro da UPA de Paciência e da Emergência do Hospital Municipal Miguel Couto. E-mail: tspindola.uerj@gmail.com. ³Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. E-mail: lazone.enfe@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a incidência de pré-eclâmpsia em primigestas atendidas no pré-natal de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro.

A gravidez acarreta mudanças no âmbito físico, psíquico e social da mulher e sua família.^{1,2} É um fenômeno fisiológico e sua evolução ocorre, geralmente, sem maiores intercorrências, entretanto existe uma parcela de gestantes que possuem características específicas e apresentam algum agravo que leva a maiores probabilidades de evolução desfavorável durante o período gestacional, gerando maior risco para o feto e para a própria mãe³. A pré-eclâmpsia é um dos problemas comuns que podem ocorrer durante a gestação, sendo de grande incidência em primigestas.⁴⁻⁵

A mulher que concebe a primeira vez, também chamada de primigesta⁶, vivencia uma situação de conflito, está feliz por gerar uma vida e ao mesmo tempo sente ansiedade pela inexperiência e preocupação relacionadas à gravidez. Neste sentido, para que haja uma atenção pré-natal qualificada e humanizada, é recomendado pelo Ministério da Saúde¹ que se promovam condutas acolhedoras, além de garantir o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Ressalta, ainda, que a principal finalidade da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao término da gestação, o nascimento saudável da criança e a garantia do bem-estar materno.¹

O interesse pela temática foi suscitado a partir da atuação dos autores nos projetos “Orientando gestantes em grupo no pré-natal do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle” e “Consulta de Enfermagem no pré-natal do HUGG”, nos quais são abordados diversos assuntos referentes à gestação, além da realização de exames físicos obstétricos. Foi possível perceber, durante as consultas realizadas, que algumas primigestas atendidas nesse serviço ou possuíam em sua primeira consulta um quadro de hipertensão ou tiveram alterações nos níveis tensionais em algum momento na gestação.

Diante dessa problemática, torna-se importante o acompanhamento mais atento das primigestas desde a gênese da gravidez, a fim de contribuir para a redução dos riscos, considerando que quanto melhor é a assistência pré-natal nos aspectos quantitativos e qualitativos, menores serão os índices de complicações obstétricas. Nesta perspectiva, acredita-se que seja elevada a incidência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas que fazem acompanhamento de pré-natal.

A pré-eclâmpsia⁴⁻⁵ é caracterizada pelo aumento do nível pressórico (igual ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e igual ou acima de 90 mmHg para pressão diastólica) acompanhado de proteinúria significativa (definida como pelo menos 0,3 g/l em urina de 24 horas, ou 1g/l em amostra simples) e edema generalizado (mãos e face) a partir da 20ª semana de gestação;⁷⁻⁸ e, em alguns casos, ocorrem alterações da coagulação e da função hepática. Essa tríade associada à convulsão define uma forma grave chamada eclâmpsia.⁴

A gestante com quadro de pré-eclâmpsia pode apresentar comprometimento em diversos

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

órgãos e sistemas como o sistema vascular, hepático, renal e cerebral⁹. Em relação ao conceito, pode ocasionar neuropatias, crescimento intrauterino retardado e sofrimento fetal.⁷

Neste contexto, foram delimitados como objetivos para a investigação:

- 1- Conhecer o perfil das gestantes primigestas atendidas no pré-natal.
- 2- Identificar a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes primigestas atendidas em consultas do pré-natal.

A relevância do estudo está relacionada à vulnerabilidade das primigestas e/ou seu conceito aos agravos de saúde. A verificação da incidência de pré-eclâmpsia em gestantes pode auxiliar na prestação de assistência à saúde desta mulher, minimizando ao máximo os riscos obstétricos. Neste sentido, este estudo contribuirá para a enfermagem obstétrica, ao trazer subsídios para a discussão da assistência à gestante primigesta, possibilitando aumentar o conhecimento na área relacionado à promoção e preservação da saúde desta parcela da população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com emprego da técnica de observação indireta e análise documental retrospectiva. O estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição e a elucidação de características de determinada população ou fenômenos ou, então, o estabelecimento de relação entre as variáveis.¹⁰ Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tal como o questionário, com o objetivo de estudar as particularidades de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental.

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

Na pesquisa quantitativa, ao usarmos instrumentos formais para levantar as informações, os dados coletados são quantitativos, o que significa que a informação é numérica, resultante da mensuração formal e analisada com procedimentos estatísticos. Os cientistas buscam ir além da especificidade da situação de pesquisa, em que o grau do resultado de pesquisa pode ser generalizado, sendo um critério amplamente usado para investigar a qualidade e a importância de um estudo de pesquisa tradicional.¹¹ A técnica de análise documental¹⁰, de um modo geral, constitui um fim em si mesmo, com objetivos específicos que envolvem muitas vezes teste de hipótese, exigindo consulta aos mais diversos tipos de arquivos públicos ou particulares.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi um hospital universitário de médio porte que oferece o serviço de pré-natal e maternidade às usuárias do SUS. Fica localizado no município do Rio de Janeiro, na área de planejamento 2.2, sob coordenação da CAP 2.2, que abrange os bairros do Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira, Grajaú e Andaraí, com uma população aproximada de 360.000 habitantes.

O material utilizado para o levantamento dos dados foram os prontuários das gestantes, atendidas no serviço de pré-natal da referida unidade. Foi utilizada a técnica de análise documental retrospectiva dos prontuários das mulheres primigestas atendidas no ano de 2008 e 2009. Foram excluídos do conjunto amostral os prontuários de mulheres que possuíam idade gestacional inferior a 20 semanas, considerando que o manual do Ministério da Saúde e outros estudos referirem que a pré-eclâmpsia se instala a partir da 20ª semana de gestação.^{1,7,8}

Foram selecionadas as seguintes variáveis para compor o estudo: relacionadas às características demográficas, sociais, história

familiar, história pregressa, biológica e obstétrica, queixas principais, peso ao início e ao término da gestação, intercorrências durante a gestação, idade gestacional ao término da gravidez, ganho ponderal, alteração dos níveis pressóricos, sinais de edema, proteinúria e exames laboratoriais.

O instrumento de coleta dados (ICD) utilizado foi um formulário estruturado com treze questões abertas, oito fechadas e duas mistas, totalizando 23 questões. O período de coleta de dados foi de fevereiro a março de 2010. Foram analisados os prontuários das gestantes atendidas no período de 2008 a 2009. A escolha do intervalo de tempo e os anos selecionados para a investigação foram aleatórios, para que tivéssemos subsídios para a análise com um quantitativo expressivo de informações. Foi realizada a testagem do ICD pela aplicação em cinco prontuários de primigestas, que não foram incluídos no computo geral.

Foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto da pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) institucional e aprovado com o número 60/2009. Após a aprovação do projeto pelo CEP, procedemos à coleta dos dados dirigindo-nos ao setor de arquivo da instituição para procedermos ao levantamento dos prontuários. Inicialmente tivemos dificuldade de acesso a estes documentos em decorrência de falhas no processo de armazenamento desse material pela instituição.

Finalizada a coleta dos dados, procedemos à tabulação e organização dos achados pela aplicação da estatística descritiva, utilizando como recurso o software Excel versão 2007. A discussão dos resultados está apoiada em documentos como a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE¹³, Manuais do Ministério da J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

Saúde^{1,3,14} e demais referências que analisam a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados indicam que no período de 2008 a 2009 foram admitidas 264 (56,3%) primigestas num total de 469 atendimentos. Entretanto, só fizeram parte do conjunto amostral 105 prontuários, considerando que os demais (159) não foram localizados no arquivo da instituição na fase de coleta de dados da pesquisa.

Os resultados evidenciam que a idade das gestantes oscilou entre 12 e 39 anos estando assim distribuídas: 41 (39,%) entre 20 e 25 anos; 37 (35,2%) entre 15 e 19 anos; 14 (13,3%) entre 26 e 30 anos; 06 (5,7%) com idade inferior a 15 anos; 04 (3,8 %) tinham idade superior a 35 anos de idade e 03 (2,8%) entre 31 e 35 anos. Segundo o Ministério da Saúde (2006), idades inferiores a 15 e superiores a 35 anos são consideradas como fatores de alto risco na gestação.¹

No grupo investigado existem 43 (40,9%) mulheres adolescentes. Considerando que a adolescência é uma fase em que o ser humano está se desenvolvendo com mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas, a superposição da gestação acarreta uma sobrecarga física e psíquica, especialmente para as adolescentes de 10 a 15 anos de idade (5,7% das jovens estudadas), o que aumenta a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais.¹ Destaca-se que 07 (6,7%) gestantes tinham idade superior a 30 anos, sendo este um fator descrito na literatura que pode estar associado à ocorrência da Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG).⁸

Em relação à escolaridade o grupo está assim distribuído: 36 (34,3%) concluíram o ensino médio; 24 (22,9%) o ensino fundamental; 14 (13,3%) tinham o ensino médio incompleto e 11

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

(10,5%) o ensino fundamental incompleto; 10 (9,5%) o nível superior incompleto e 06 (5,7%) tinham nível superior; 04 (3,8%) prontuários que fizeram parte do conjunto amostral estavam sem esta informação. O resultado revela 46,7% das gestantes não concluíram o ensino médio, indicando que a baixa escolaridade é um fator que dificulta o ingresso das mulheres às informações e ao conhecimento, podendo interferir negativamente nas condições para o autocuidado, pois implica tanto em assimilar as informações recebidas sobre os cuidados com a saúde quanto na facilidade em buscar esses cuidados.⁵ Neste sentido, o Ministério da Saúde¹ adverte que a baixa escolaridade, inferior a cinco anos de estudos, se enquadra num fator de risco para a gravidez atual.

No que se refere à atividade profissional, estudo ou ocupação, 48 (44,8%) declararam realizar atividades remuneradas, tais como: vendedora, empregada doméstica, auxiliar administrativo, cabeleireira, fisioterapeuta, técnica de Enfermagem, entre outros. O resultado da investigação nos remete aos dados da Síntese de Indicadores Sociais de 2009, que analisou a proporção de mulheres ocupadas no período de 1998 a 2008, revelando um aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, passando de 42,0% para 47,2% no conjunto do País.¹³

Por outro lado, a população que não possuía trabalho remunerado foi distribuída em: 20 (19,0%) exerciam atividades referentes ao lar e 37 (35,2%) se declararam estudantes. Este grupo, portanto, não compõe a população economicamente ativa (PEA) em decorrência de sua ocupação. Neste sentido, os gastos relacionados à maternidade e à constituição da família podem causar dificuldades para que as mães tenham progresso na escolarização, o que

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

por sua vez afeta a sua inserção no mercado de trabalho e contribui para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida das mulheres.¹

Vale acrescentar que os fatores socioeconômicos e culturais interferem na saúde dos indivíduos, podendo determinar diferentes possibilidades de acesso aos serviços de saúde, como a iniciativa do próprio indivíduo em buscar o cuidado, considerando que, uma vez atendidas às necessidades primárias de sobrevivência, o indivíduo tende a procurar outros patamares de satisfação.⁵

Quanto à etnia, 37 (35,2%) se consideravam não brancas (NB) e 39 (37,1%) se denominavam brancas (B). Esses resultados vêm de encontro às informações do IBGE que compara a distribuição por cor ou raça da população no período de 1998 a 2008, havendo um crescimento da proporção da população que se declara preta ou parda e uma redução da população que se declara branca.¹³ É importante acrescentar que 29 (27,6%) dos prontuários estavam sem o registro desta informação e que os dados de cor ou raça que fizeram parte da amostra foram colhidos das informações da anamnese, sendo superficial a informação de NB, pois não mensura com precisão a frequência da população negra, atendida nesta unidade, sendo este também um fator descrito na literatura que pode ser associado à ocorrência da Síndrome Hipertensiva Gestacional.⁸

Em relação ao estado civil 74 (70,4%) solteiras; 24 (22,8%) casadas; 02 (1,9%) união estável, 01 (0,9%) era separada e 04 (3,8%) prontuários não tinham esta informação. Os achados indicam que a maioria das mulheres investigadas declarou o estado civil, mas não informou a presença de companheiro. Para o Ministério da Saúde¹ esta condição sociodemográfica desfavorável (ausência de um

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

companheiro) pode representar um fator de risco para essas gestantes, considerando que as solteiras possuem maior incidência de complicações na gestação.⁵ Neste sentido, considera-se que para uma boa evolução da gestação o esperado é que a mulher ao engravidar toda a família se prepare para as mudanças, sendo importante o apoio e a orientação dos profissionais de saúde que irão auxiliar a família lidar com os problemas advindos com a gestação.

Quanto ao histórico familiar, 59 (56,2%) registros de hipertensão crônica; 05 (4,8%) de pré-eclampsia; 15 (14,3%) de hipertensão crônica e pré-eclampsia; 23 (21,9%) não possuíam históricos familiares relacionados à hipertensão; 03 (2,9%) prontuários não tinham essa informação. Os dados apontam que 75,3% das gestantes tinham relatos de pré-eclampsia e/ou hipertensão crônica na família. Estudos anteriores apresentam os antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica como fatores que aumentam o risco de desenvolver a Síndrome Hipertensiva Gestacional.⁵ Segundo o Ministério da Saúde¹, a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal são as complicações hipertensivas na gravidez, que ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações, sendo mais comuns em mulheres nulíparas, mulheres com hipertensão há 04 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal, ou mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia.

Quanto à idade gestacional ao iniciar o pré-natal, 60 (57,1%) mulheres iniciaram no segundo trimestre gestacional; 40 (38,1%) no primeiro trimestre; 04 (3,8%) no terceiro trimestre; 01 (1,0%) ficha de atendimento não possuía essa informação. Esses achados evidenciam que 60,9% das gestantes iniciaram tardiamente o acompanhamento do pré-natal, apesar do Ministério da Saúde recomendar o início do pré-J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

natal precocemente, ou seja, no primeiro trimestre gestacional e que sejam realizadas no mínimo de seis consultas durante o pré-natal para que se tenha um acolhimento desta mulher desde o começo da gravidez.¹ Além disso, algumas mulheres podem evoluir desfavoravelmente durante o período gestacional, o que pode, a partir da 20^a semana de gestação, ocasionar uma pré-eclampsia/eclampsia.¹

No que se refere à variação ponderal, selecionamos somente prontuários de primigestas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e prosseguiram até o terceiro trimestre, totalizando 38 (36,2%) prontuários para que pudéssemos avaliar a variação ponderal. As demais primigestas, 67 (63,8%), não atendiam a este critério e, portanto, não foram incluídas na análise. Estabelecemos os limites de ganhos em quilogramas (Kg) no final da gestação, conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde¹, que estabelece um ganho de no máximo de 7 Kg para as gestantes obesas e de no máximo de 18 Kg para as gestantes de baixo peso. Tivemos, portanto, 29 (76,3%) gestantes com ganho de peso entre 7 Kg a 18 Kg, 7 (18,4%) gestantes abaixo desse intervalo e 2 (5,3%) acima desse intervalo.

Quanto ao registro de edema no decorrer do pré-natal, os achados evidenciam que 43 (40,9%) não apresentaram edema; 39 (37,1%) apresentaram edema classificados como (+); 10 (9,5%) foram classificados como (++) e 01 (1,0%) apresentou edema grave com cacifo. Em 12 (11,4%) prontuários não havia registro dessa informação. Segundo o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, a verificação da presença de edema tem por objetivo a detecção precoce da ocorrência de edema patológico e os achados vão desde a ausência de edema (-) a edema generalizado (face, tronco e membros) ou que se manifesta ao acordar acompanhados ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso (+++).¹

Na análise dos prontuários verificamos que 9,5% das primigestas tiveram registros classificados como (++). De acordo com o Manual do Ministério da Saúde¹, esse achado é classificado quando se tem um edema limitado aos membros inferiores, na presença de hipertensão ou ganho de peso e/ ou proteinúria (+). Ao confrontarmos os resultados do estudo com as orientações do Ministério da Saúde¹, pudemos observar que as gestantes que tiveram registros de edemas classificados como (++) não havia informação nos prontuários em relação à hipertensão ou ganho de peso e/ou proteinúria.

Tabela 1 - Aferições de Pressão arterial registradas nos prontuários do pré-natal de primigestas no período 2008-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Nº. de aferições	Fi	F%
Inferior a 05	35	33,3
5 to 6	43	40,9
7 to 8	17	16,1
9 to 10	09	8,5
Over 10	01	0,9
Total	105	100

Tabela 2 - Variação da pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) das primigestas atendidas no pré-natal, no período de 2008-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Pressão	Variação(mmHg)	Fi	F%
PAS	≥30	04	3,8
PAD	≥15	20	19,0
PAS e PAD	≥(30 e 15) respectivamente	17	16,1
PAS e PAD	Sem alterações	29	27,6
Dados incompletos	-	35	33,3
Total		105	100

Legenda: PAS (pressão arterial sistólica); PAD (pressão arterial diastólica).

Para análise da variação dos níveis tensionais das gestantes, tabelas 1 e 2, foi considerado um mínimo de 05 aferições registradas nos prontuários, assim de 105 prontuários analisados, apenas 70 apresentavam esta informação. Tivemos 43 (40,9%) mulheres que realizaram de 5 a 6 aferições, 17 (16,1%) J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

realizaram de 7 a 8 aferições, 9 (8,5%) realizaram de 9 a 10 aferições e 01 (0,9%) acima de 10 aferições.

A Pressão Arterial Sistólica (PAS) mínima registrada foi 80 mmHg e a máxima foi 130 mmHg em todos os registros, 04 (3,8%) fichas analisadas tinham variação de PAS de 30 a 40 mmHg. Já em relação à Pressão Arterial Diastólica (PAD) a mínima registrada nas fichas foi 40 mmHg e a máxima foi de 90mm Hg; 20 (19,0%) mulheres apresentaram variação de PAD de 30 a 35 mmHg; 17 (16,1%) tiveram uma variação igual ou superior a 30 mmHg na PAS e igual ou superior a 15 mmHg na PAD.

Não tiveram anormalidades em suas aferições 29 (27,6 %) primigestas investigadas. O maior registro de níveis tensionais encontrado no conjunto amostral foi 130X90 mmHg, entretanto 35 (33%) prontuários tinham dados incompletos que impossibilitaram a análise desta informação.

De acordo com autores⁵, se a partir da 20ª semana a gestante apresentar um acréscimo de 30 mmHg na pressão sistólica e/ou 15mmHg na diastólica, considera-se que esta mulher possui a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Segundo o Ministério da Saúde¹ é necessário cautela para se evitar o diagnóstico do falso positivo, recomendando utilizar este dado como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos. A partir desses achados podemos afirmar que em 70 primigestas investigadas, 41 (58,6%) apresentaram um quadro de DHEG.

Em relação ao exame de elementos anormais e sedimentos (EAS) na urina, 63 (60,0%) estavam sem alterações, 15 (14,3%) tiveram infecção urinária e somente 02 (1,9%) apresentaram proteinúria. Em 25 (23,8%) prontuários não havia registro dessa informação. Os resultados mostraram 1,9% das gestantes

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

tiveram proteinúria, o que nos remete a correlação existente entre pré-eclampsia e proteinúria. A proteinúria é uma manifestação tardia da pré-eclampsia e, portanto, uma abordagem clínica apropriada deve tratar como pré-eclampsia mulheres grávidas com hipertensão de novo, mesmo antes de a proteinúria se desenvolver.⁴

Com relação às intercorrências durante a gestação, os achados mostram que a intercorrência de maior incidência registrada nas consultas foi a manifestação de episódios de infecção urinária, num total de 15 ocorrências. Esses dados podem ser ratificados pelo Ministério da Saúde ao afirmar que a infecção do trato urinário (ITU) é comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais freqüente na gestação. Complementa que 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, podendo desenvolver, se não tratada, complicações tais como: pielonefrite aguda, trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição de crescimento intra-uterino¹.

Os dados obtidos permitem afirmar que a assistência pré-natal de qualidade é imprescindível para a saúde materno-infantil, embora, como mencionado, a gravidez seja um evento fisiológico normal para a maioria das mulheres.³ Sendo assim, os achados ratificam a importância de se identificar, precocemente, a condição de risco na gestação, uma vez que a incidência de eclâmpsia é maior nas gestantes que não fizeram o pré-natal ou que estavam vinculadas a programas que não priorizam pela qualidade da assistência. Vale salientar, também, o fato de que a eclâmpsia é uma patologia evitável, porém, como afeta mulheres de categoria sócio-economicamente desfavorecidas, sua ocorrência está relacionada pelo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento.⁵

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):235-44

Outro aspecto observado foi o número de prontuários sem registro de intercorrências, chegando ao um total de 23 (21,9%) dos 105 analisados. Estes dados sinalizam a importância do profissional de saúde valorizar os registros ao realizarem o atendimento das gestantes, e nos remetem a recomendação do Ministério da Saúde¹, ao referir que as anotações deverão ser realizadas não somente no cartão da gestante, mas também, no prontuário da unidade. Além disso, a cada consulta deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal, e a presença desses registros deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta.¹

Neste sentido, é oportuno salientar que, ultimamente, o enfermeiro no atendimento de gestantes na consulta do pré-natal tem participado ativamente na avaliação precoce de intercorrências obstétricas que podem evoluir de maneira desfavorável e deste modo, tem contribuído para a redução da morbimortalidade materno infantil. Uma atenção pré-natal efetiva exerce um papel fundamental no processo do parto e nascimento e nos índices de morbimortalidade materna e perinatal.^{2,3} Conseguir uma assistência pré-natal efetiva significa ter como um dos principais objetivos dessa assistência à identificação de fatores que possam colocar a saúde materna e fetal sob maior risco de resultados adversos e saber o momento certo para intervir, evitando ou reduzindo as consequências prejudiciais desses riscos.¹⁵

Estudos refletem a necessidade da implementação de uma sistematização da assistência de enfermagem voltada para este grupo de pacientes, que é considerado de risco devido às particularidades, sintomatologia, respostas clínicas das pacientes, e, principalmente, as consequências que a Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

(SHEG) pode trazer ao binômio mãe-filho.¹⁶ Considerando a problemática do tema, torna-se necessário discuti-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica para esta patologia.¹⁷

CONCLUSÃO

A análise de 105 prontuários de primigestas atendidas no período de 2008-2009 no pré-natal do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO permitiu-nos delinear o perfil das mulheres que em sua maioria 77 (73,3%) tinham entre 15 e 25 anos; 36 (34,3%) o ensino médio; 47 (44,8) exerciam atividade remunerada, 39 (37,1%) se declararam brancas; 74 (70,5%) solteiras, e em 59 (56,2%) prontuários havia registro de hipertensão crônica no histórico familiar.

No conjunto amostral investigado não houve registro de pré-eclâmpsia, considerando o parâmetro definido pelo Ministério da Saúde para classificação desta patologia (hipertensão + edema+ proteinúria). Todavia, 41 (58,6%) mulheres apresentaram alterações tensionais compatíveis com DHEG.

Pode-se observar em um quantitativo expressivo de prontuários ausência de informações que dificultaram a realização da análise de algumas variáveis. Assim, alguns dados só constavam no início do acompanhamento no pré-natal ou estavam ausentes, outros só estavam registrados ao final do seguimento. Esta constatação pode ser apontada como uma limitação do estudo.

Neste sentido, acredita-se na importância dos registros nos prontuários dos pacientes sendo instrumentos extremamente valiosos que permitem determinar a qualidade da assistência prestada aos clientes. Vale ressaltar que a ausência de informação nos prontuários pode ser decorrente do esquecimento do profissional em registrar as informações no momento em que realizou o atendimento ou pela não valorização dessa prática.

A oferta de atenção qualificada é um componente essencial para a redução da mortalidade materna e fetal. Uma equipe multidisciplinar e multiprofissional treinada e capacitada; a disponibilidade de equipamentos, de infraestrutura laboratorial para o diagnóstico e tratamento de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e das gestações de alto risco são indispensáveis para uma assistência pré-natal de qualidade.

Na assistência pré-natal, o enfermeiro tem um importante papel na equipe multiprofissional, para a detecção precoce de intercorrências, na educação em saúde e encaminhamento ao atendimento especializado dos casos mais graves contribuindo para a redução da incidência de morbidade e mortalidade materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2006.
2. Buchabqui J, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2006; 6(1): 23-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestante de Alto Risco. Brasília (DF): MS; 2001.
4. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. Rev. Bras. Hipertens. 2002; 9(3): 256-61.
5. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2005; 58(1): 61-4.
6. Rezende Filho. Obstetrícia fundamental. 11ªed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan; 2008.

Spindola T, Lima GLS, Cavalcanti RL.

The occurrence of...

7. Dias BR, Piovesana AMSEG, Montenegro MA, Guerreiro MM. Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63 (3-A): 632-6.
8. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(1):11-7.
9. Paraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(10): 627-34.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ªed. São Paulo(SP): Artmed; 2004.
12. Brasil. MS. Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): MS/ FIOCRUZ; 1996.
13. Brasil. IBGE. Departamento de População e indicadores sociais. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
15. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(5): 682-8.

16. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. *Rev.Rene.* 2010; 11(4): 66-75.

17. Cunha KJB, Oliveira JO, Nery IS. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007; 11(2): 254-60.

Recebido em: 06/07/2012

Revisões requeridas: 02/03/2013

Aprovado em: 01/04/2013

Publicado em: 01/07/2013