



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCC
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FELIPE JOSÉ FERNANDES QUEIROZ PEREIRA

**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNOS
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNO
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

FELIPE JOSÉ FERNANDES QUEIROZ PEREIRA

**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNO
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Professora Ms. Fabíola Fialho Furtado.

**CAJAZEIRAS – PB
2011**



P436e Pereira, Felipe José Fernandes Queiroz.
Estudos dos principais fatores de risco maternos relacionados à hipertensão na gestação em Unidades Básicas de Saúde do município de Cajazeiras-PB / Felipe José Fernandes Queiroz Pereira. - Cajazeiras, 2011.
58f. : il.

Não Disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apendice e Anexos

1. Gravidez de alto risco. 2. Hipertensão na gravidez.
3. Gravidez-fatores de risco. I. Furtado, Fabiola Fialho.
II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 618.3-06

FELIPE JOSÉ FERNANDES QUEIROZ PEREIRA

**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNOS
RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ____ / ____ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
UACV/UFCG

Prof^ª. Ms. Milena Silva Costa
UACV/UFCG

Prof^ª. Maria do Carmo de Alustau
Faculdade Santa Maria

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, aquele que mim guia para os bons caminhos, que me dá força, perseverança e sabedoria pra que eu alcance meus objetivos e sonhos.

Aos meus pais Maria Felimar e Manoel Pereira, por terem acreditado em mim, por terem mim ensinado a ser honesto e a respeitar o próximo; por terem mim mostrado sempre o caminho do bem e por terem mim incentivado para que eu chegasse até aqui.

Aos meus avós, Rita Braz, pela bondade e sabedoria para criar seus filhos, Maria Margarida (*in memoriam*), José Pereira (*in memoriam*) e Felipe Neres (*in memoriam*), por terem educado meus pais e por terem feito parte de minha educação. Que Deus os protejam.

A minha irmã Maria da Conceição, pelas palavras de apoio e demonstrações de carinho e afeto.

A Janiary Vieira, por compatilhar momentos fáceis e difíceis junto a mim. Por sempre está preocupada comigo e com o meu futuro. Muito obrigado pelo carinho e pelo amor dedicados a mim. Eu te amo.

Agradeço a todos os colegas da minha turma 2007.2 por terem vivido e compartilhado momentos durante esses quatro anos e meio. Agradeço em especial:

Aos irmãos Marino Medeiros e Thairon machado, por estarem sempre mim apoiando, mim ajudando quando eu precisei, compartilhando momentos de alegria, como também de tristezas. Conversas, futebol, game, festas... Vocês são dois verdadeiros amigos. Irmãos que nunca esquecerei.

Ao grande amigo Wanderson Nunes, pela companhia no estágio em Campina Grande e pela sincera amizade que demonstrou. Valeu Bandeira.

A Kylvia Luciana, pela ajuda e apoio desde o início da minha caminhada na Faculdade. Pelas caronas, pela sincera amizade e pela companhia no estágio na UBS Multirão.

A Marina Mendes, pela sua simplicidade, humildade e amizade. Também pelas caronas e por ter mim incentivado a participar do PROBEX.

A Priscila Dayane, colega, amiga e companheira do estágio na UBS Multirão.

A Gabriela Santos, pela companhia no estágio supervisionado e pelo apoio que mim deu durante a realização desse trabalho.

A Thainar Machado, pela amizade, simplicidade e companhia no PROBEX.

A Gisyeli Fernandes, pelas risadas, conversas e pela companhia nos estágios de Campina Grande.

A Frankiniela lemos e Lilian Figueirôa pela amizade desde o começo do curso. Bons momentos passei com vocês.

A professora Aissa Romina, pelo apoio na construção deste TCC e pelo auxílio nos momentos difíceis do trabalho.

Aos amigos e colegas de sala, Luciana Priscila, Wanduí Ferreira, Jussara Herculano, Kadidja Roussel, Joycimara Queiroga, Kalline Rubian, Isaiane, Natália Oliveira, Arieli Wigna, Kylvia Kiev.

Ao meu amigo Hugo, que mim acolheu em sua casa quando cheguei nesta cidade para morar. Pela companhia, risadas e discussões.

Aos amigos da minha cidade, por estarem presentes desde minha infância. Em especial agradeço a Ariano Wilson, pela amizade e pelo companheirismo.

Aos professores que estiveram presentes em minha formação acadêmica, pelo esforço e pelo aprendizado que deles herdei.

A minha orientadora Fabíola Fialho Furtado, por ter aceitado a orientação e mim auxiliado.

Ao Professor Dr. Fábio Marques, por ter aceitado substituir minha orientadora na banca examinadora.

Aos professores que fizeram parte do PROBEX: Iluska Pinto, Judite Fernandes, Maria Soraya, Fabíola Fialho, Ferreira Júnior, Mônica.

Aos pacientes, pois sem eles eu não teria tido um aprendizado suficiente.

Enfim, agradeço a todos aqueles que fizeram e fazem parte da minha vida.

Deus, livrai-me de tudo que trava o riso. Livrai-me.

Felipe José (2011)

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA

PEREIRA, Felipe José Fernandes Queiroz. **Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos Relacionados à Hipertensão na Gestação em Unidades Básicas de Saúde do Município de Cajazeiras – PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – UFCG, Cajazeiras – PB – 2011.

RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução transcorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar complicações de risco para a saúde materna e fetal. Dentre as complicações e patologias que se manifestam ou se agravam na gestação, a hipertensão arterial ou síndromes hipertensivas da gestação merecem destaque por apresentarem os maiores índices de morbidade e mortalidade materna. A hipertensão arterial é a complicação mais comum na gestação. Vários são os fatores de risco relacionados à hipertensão arterial na gestação. Diante desse contexto, o objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência dos principais fatores de risco maternos relacionados à hipertensão arterial na gestação em Unidades Básicas de Saúde do município de Cajazeiras – PB. Para que o objetivo fosse alcançado, desenvolveu-se um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado através dos dados das gestantes hipertensas contidos nas fichas Perinatal. A amostra foi constituída por vinte e nove gestantes que tiveram diagnóstico de hipertensão na gestação identificados nas fichas Perinatal entre o mês de Janeiro de 2009 e o mês de Junho de 2011. Todos os procedimentos seguiram rigorosamente os critérios éticos exigidos pela pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde. O instrumento de coleta utilizado foi contruído de acordo com os objetivos da pesquisa. Como resultados obteve-se que houve ocorrência de 8,3% de gestantes com hipertensão arterial, sendo que dessas, 10,3% desenvolveram pré-eclâmpsia. 65,5% da amostra realizou no mínimo seis consultas de pré-natal. Em relação aos fatores de risco estudados, 34,4% das gestantes apresentaram o fator primigestação, 41,4% apresentaram o fator obesidade, 68,9% apresentaram o fator antecedentes familiares, 82,4% apresentaram o fator raça não-branca e 3,4% apresentaram o fator gestação múltipla. Conclui-se que, com base nesses achados, considera-se primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes com hipertensão sejam identificadas e, caso haja necessidade, devem-se realizar ações e intervenções na busca de um melhor prognóstico materno e perinatal, colaborando para a redução dos índices de mortalidade materna e fetal.

Palavras chave: Hipertensão na gestação. Fatores de risco. Gestação de alto-risco

PEREIRA, José Felipe Fernandes Queiroz. Study of Maternal Risk Factors Related to Hypertension in Pregnancy Primary Health Units in the City of Cajazeiras - PB. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - UFCG, Cajazeiras - PB - 2011.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological phenomenon, and therefore its evolution takes place in most cases without complications. However, some pregnant women may experience complications at risk for maternal and fetal health. Among the complications and diseases that manifest or worsen during pregnancy, high blood pressure or hypertensive disorders of pregnancy are noteworthy because they have the highest rates of maternal morbidity and mortality. Hypertension is the most common complication during pregnancy. There are several risk factors related to hypertension in pregnancy. Given this context, the objective of this study was to verify the occurrence of major risk factors related to maternal hypertension in pregnancy in Basic Health Units in the city of Cajazeiras - PB. For the goal was reached, we developed a descriptive exploratory study with a quantitative approach, performed through the data contained in hypertensive pregnant women Perinatal chips. The sample consisted of twenty-nine pregnant women who were diagnosed with hypertension during pregnancy identified in Perinatal records between January 2009 and June 2011. All procedures strictly followed the criteria required by ethical research involving humans, according to Resolution No. 196/96, granted by Decree No. 93.933/87 of the National Health Council (CNS) / Ministry of Health The instrument used was built according to the research objectives. As a result it was found that there was occurrence of 8.3% of pregnant women with hypertension, and these, 10.3% developed preeclampsia. 65.5% of the sample held at least six prenatal consultations. Regarding the risk factors studied, 34.4% of patients had a first pregnancy factor, the factor 41.4% had obesity, 68.9% had a family history factor, the factor 82.4% had non-white race and 3.4% had multiple pregnancy factor. It is concluded that, based on these findings, it is considered a primary prenatal care quality, in which pregnant women with hypertension are identified and, should the need arise, one must take actions and interventions in pursuit of a better prognosis breast and perinatal, helping to reduce levels of maternal and fetal mortality.

Keywords: Hypertension in pregnancy. Risk factors. Higt risk pregnancy.

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1. Distribuição da obesidade nas gestantes com hipertensão.....	30
Figura 2. Distribuição do número de gestações entre as gestantes hipertensas.....	31
Figura 3. Caracterização do estado civil da população estudada.....	32
Figura 4. Distribuição da amostra segundo a raça.....	34
Figura 5. Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes familiares.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo variável idade	27
Tabela 2. Distribuição do número de consultas de pré-natal	28
Tabela 3. Distribuição da primeira consulta de pré-natal realizada pela gestante hipertensa..	29
Tabela 4. Uso do fumo e do álcool	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- DUM** – Data da Última Menstruação
- DHEG** - Doença Hipertensiva Específica da Gestação
- HAS** – Hipertensão arterial Sistêmica
- IECA** - Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
- IMC** – Índice de Massa Corpórea
- NHBPEP** - National High Blood Pressure Education Program
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PA** – Pressão Arterial
- PB** - Paraíba
- SHG** – Síndromes Hipertensivas Gestacionais.
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO.....	16
2.2 FATORES DE RISCO.....	16
2.3 CLASSIFICAÇÃO.....	17
2.3.1 Hipertensão Crônica.....	17
2.3.2 Hipertensão Gestacional.....	18
2.3.3 Pré-eclâmpsia Sobreposta a Hipertensão Crônica.....	18
2.3.4 Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.....	18
2.4 TRATAMENTO.....	19
2.5 ABORDAGEM GERAL.....	21
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
5 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	44
ANEXOS.....	48

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução transcorre na maior parte dos casos sem intercorrências, caracterizando-se como um período de hígidez da mãe e do concepto (BRASIL, 2010). Entretanto, algumas gestantes podem apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal. Dentre as complicações e patologias que se manifestam ou se agravam na gestação, a hipertensão arterial ou Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG) merece destaque por ser uma das mais freqüentes no Brasil e no mundo.

A hipertensão arterial na gestação é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, resultando em elevado risco de morbimortalidade materna e fetal (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). De acordo com Soares et al (2009), a hipertensão arterial na gestação é a primeira causa de mortalidade materna no Brasil. A incidência das síndromes hipertensivas gestacionais varia de acordo com a população estudada, nível de desenvolvimento sociocultural e econômico, características geográficas, raça e paridade. Várias pesquisas de localizações geográficas distintas trazem resultados diferentes, justamente pelo fato dessa variação populacional e de suas características peculiares.

A hipertensão arterial é a complicação mais frequente na gravidez, complicando de 5 a 10% de todas as gestações (PEIXOTO; MARTINES; VALE, 2008). Peraçoli e Parpinelli (2005) afirmam que a hipertensão na gestação não se encontra mais entre as maiores causas de morte materna nos países desenvolvidos, entretanto nos países em desenvolvimento continua em destaque, como é o caso do Brasil, onde a hipertensão arterial é a causa de morte materna de maior freqüência. Em estudo sobre as principais causas de mortalidade materna, Riquinho e Correia (2006) identificaram as síndromes hipertensivas como a causa que mais levou a óbito materno.

As síndromes hipertensivas afetam o desenvolvimento da gestação, aumentando os índices de interrupção e de mortalidade perinatal devido ao inadequado desenvolvimento intra-uterino do concepto. O aumento da pressão arterial (P.A) em mulheres grávidas é sinal de alerta para complicações do binômio materno-fetal, podendo colocar em risco a vida de ambos (ABREU, 2005). Gestantes com hipertensão arterial estão predispostas a desenvolver complicações, como o deslocamento prematuro de placenta, coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, falência hepática e renal. Entre as complicações fetais está o baixo peso ao nascer, redução do suprimento de oxigênio e nutrientes e o maior risco de

desenvolver doenças pulmonares agudas e crônicas (AMADEI; MERINO, 2010). Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação permanece desconhecida (PARPINELLI; PERAÇOLI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), as síndromes hipertensivas da gestação são classificadas em: hipertensão gestacional, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada. O Ministério da Saúde (2010) também afirma que a pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil, determinando também grande número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com seqüelas quando sobrevivem aos danos.

Vários fatores de risco estão associados com a hipertensão na gestação, sendo a incidência maior quando está presente em situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hiperssódicas, baixa escolaridade, primigestas e gestações múltiplas. A abordagem e o estudo desses fatores tornam-se relevantes, pois é a partir destes que a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve atuar, de acordo com as necessidades de cada gestante (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

A hipertensão arterial na gestação ou síndromes hipertensivas gestacionais permanece, como um problema de saúde pública, visto que os índices de mortalidade materno-fetal são indicadores fidedignos da qualidade de vida e de atenção a saúde de uma população. Portanto, a realização deste trabalho se torna relevante por ser um tema de grande importância para a saúde pública e por apresentar altos índices em gestantes. Ressalta-se a importância dos estudos sobre os fatores de risco para as síndromes hipertensivas gestacionais serem escassos no estado da Paraíba, como também o pioneirismo na cidade de Cajazeiras. Por ser um problema de saúde pública, a hipertensão na gestação é preocupante, visto que os índices de mortalidade materna e fetal são indicadores autênticos da qualidade de vida e de saúde de uma população, merecendo destaque por representar os maiores índices de morbimortalidade materna e fetal/perinatal. O estudo sobre a abordagem e o conhecimento dos fatores de risco para a hipertensão na gestação servem de subsídios para a elaboração de um plano de prevenção e cuidados, refletindo na implantação de ações e intervenções que refletem no controle e na diminuição dos casos. Atualmente necessitam-se de estudos que abordem este tema, a fim de evitar ou minimizar os danos para a gestante e para o concepto. A realização desta pesquisa destaca-se por possuir uma contribuição para a saúde deste município, favorecendo ações ou intervenções eficazes para um controle e acompanhamento efetivo das gestantes com distúrbios hipertensivos. Enfatiza-se também o fato de o estudo promover

conhecimento científico, levando em consideração o fato de as síndromes hipertensivas na gestação serem muito comuns na população.

O presente estudo teve como objetivo geral verificar a ocorrência dos principais fatores de risco maternos relacionados a hipertensão arterial na gestação em UBS do município de Cajazeiras – PB. Os objetivos específicos foram: avaliar a relação entre a hipertensão na gestação e seus respectivos fatores de risco; investigar a ocorrência da hipertensão na gestação e compreender os fatores de risco que acometem as gestantes com essa enfermidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Hipertensão Arterial é a elevação da PA para números acima dos valores considerados normais (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008). Os distúrbios hipertensivos da gestação são as complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. Estes são caracterizados por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), em pelo menos duas medidas em intervalo de no mínimo quatro horas com a gestante sentada e em repouso (MONTENEGRO; FILHO, 2008). O Ministério da Saúde (2010) afirma que a pressão arterial deve ser mensurada com a gestante em posição sentada, com o braço ao mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Caso a pressão esteja consistentemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para o padrão de todas as medidas.

O termo hipertensão na gestação é utilizado para descrever desde gestantes com discreta elevação dos níveis pressóricos até uma paciente com quadros clínicos mais graves, lesão de órgãos e possíveis disfunções destes, além dos danos que pode ocasionar ao concepto (FEITOSA et al, 2005).

O Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial dos Estados Unidos (NHBPEP, 2000), através de um relatório sobre hipertensão na gravidez, classificou as condições clínicas da doença hipertensiva da gestação em: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta. Assim como a NHBPEP, o Ministério da Saúde (2006) também classifica a hipertensão na gestação em: hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

2.2 FATORES DE RISCO

Assim como pra inúmeras patologias e condições clínicas, a hipertensão na gestação também possui vários fatores de risco inerentes. É de grande importância para um controle efetivo dos casos se conhecerem os principais fatores de risco, pois além de poder minimizar os danos que a doença pode causar, também é uma forma de se prevenir e evitar-se possíveis danos.

A hipertensão na gestação apresenta uma maior incidência quando associada aos seguintes fatores de risco: obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão pré-existente, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hiperssódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, primigestas, gestações múltiplas (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2008).

A hipertensão na gestação acomete mais as primigestas e mulheres com história pessoal e/ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, com gestação gemelar, doença cardiovascular pré-existente, hipertensão, obesidade, nefropatia e diabetes, o que correspondem aos principais fatores de risco para a doença (BRASIL, 2010).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

2.3.1 Hipertensão Crônica

A hipertensão crônica corresponde à hipertensão de qualquer etiologia (níveis da P.A maiores ou iguais a 140/90 mmHg em pelo menos duas medidas) que está presente na mulher antes da gravidez ou é diagnosticada até a vigésima semana da gestação, não desaparecendo no período puerperal, permanecendo após a gravidez. Mulheres hipertensas que engravidam têm maior probabilidade de desenvolver à pré-eclâmpsia e a eclâmpsia (BRASIL, 2006., NHBPEP, 2000). De acordo com Montenegro e Filho (2008) cerca de 30% das desordens hipertensivas na gravidez são decorrentes da hipertensão crônica. Os cuidados devem ser tomados com as grávidas com hipertensão crônica, pois esta pode evoluir para a pré-eclâmpsia, ou seja, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta.

Uzan et al (1999) afirma que o risco de desenvolver pré-eclâmpsia é de duas a cinco vezes maior em mulheres que possuem histórico materno das desordens hipertensivas.

É necessário destacar a importância da diferenciação entre hipertensão transitória e hipertensão crônica. Na hipertensão transitória da gravidez, a P.A retorna ao normal em até doze semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo). Já na hipertensão crônica, a P.A persiste elevada além das doze semanas após o parto. Além disso, os níveis da pressão arterial na hipertensão transitória oscilam bastante.

2.3.2 Hipertensão Gestacional

A hipertensão gestacional corresponde aos casos de aumento da pressão arterial após a vigésima semana de gravidez, sendo que esse aumento da pressão não está acompanhado de proteinúria, ou seja, ocorre a hipertensão, porém sem a proteinúria. A hipertensão gestacional não está associada com as características sistêmicas da pré-eclâmpsia. Em cerca de doze semanas após o parto, os níveis pressóricos retornam ao normal (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2008). De acordo com Costa et al (2005) a hipertensão arterial percebida antes da 20ª semana de gravidez ou que persiste 12 semanas pós-parto é classificada como hipertensão arterial sistêmica (HAS) não-específica da gestação. Essas pacientes em geral têm HAS essencial.

De 20 a 50% das mulheres que apresentam hipertensão gestacional desenvolvem proteinúria, o que é caracterizado por ser a pré-eclâmpsia. A hipertensão gestacional caracteriza-se por ser específica da gravidez, ou seja, o aumento da pressão arterial ocorre durante a gestação. Na hipertensão crônica, a mulher pode ter a pressão alta mesmo antes da gestação (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2008., BRASIL, 2006).

2.3.3 Pré-eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Crônica

A gestante portadora de hipertensão crônica pode apresentar um agravamento no quadro clínico e desenvolver uma pré-eclâmpsia. De acordo com o Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial dos Estados Unidos (NHBPEP, 2000) a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica caracteriza-se pelo surgimento de proteinúria após vinte semanas da gravidez em paciente já hipertensa que não apresentava proteinúria antes da vigésima semana de gestação. Deve-se suspeitar de uma pré-eclâmpsia sobreposta nos seguintes casos: quando a P.A se eleva abruptamente a valores altos (maior que 160/110 mmHg) e desenvolvimento de proteinúria acentuada (NHBPEP, 2000). Pascal (2002) afirma que quando a gestante possui hipertensão crônica e desenvolve pré-eclâmpsia, em tais casos, o prognóstico para a mãe e para o feto é pior que qualquer uma das condições isoladamente.

2.3.4 Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica peculiar a gravidez humana caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria (perda de

proteínas pela urina), que ocorre após a vigésima semana de gestação. A pré-eclâmpsia é uma disfunção orgânica generalizada, com graus variáveis de sinais e sintomas, provenientes dos órgãos atingidos, podendo levar a problemas críticos no fígado, rim, cérebro e no sistema de coagulação (WAGNER, 2004., DULEY, 2009). Na Pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial é parte de um complexo patológico que atinge quase todos os sistemas orgânicos. O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é proteger a gestante dos acidentes vasculares, como os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), já que a interrupção da gestação é o único tratamento definitivo conhecido (COSTA et al, 2003).

Alguns autores colocam o edema como critério para a caracterização da pré-eclâmpsia, porém não é considerado como sinal específico dessa síndrome, visto que o edema é uma característica peculiar das mulheres gestantes em geral.

Uma das principal alteração na pré-eclâmpsia é a disfunção endotelial, que acarreta em vasoespasmo. O vasoespasmo é responsável pela hipertensão e leva à lesão vascular generalizada (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO ,2008)

Todos os quatro tipos de hipertensão na gravidez podem levar a complicações para mãe e o conceito, porém a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a hipertensão grave (independente do tipo) são aquelas associadas com maior risco materno e perinatal (ALGUST; PODIMOW, 2011).

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões generalizadas em uma gestante, como manifestação do envolvimento da lesão cerebral decorrente da pré-eclâmpsia grave, cuja etiologia não está atribuída a outra condição patológica (NEME, 2005). Segundo Duley (2009) de 10% a 15% dos óbitos maternos diretos no mundo estão associados com pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

A síndrome de HELLP é uma complicação séria da hipertensão que se caracteriza principalmente por lesão hepática e plaquetopenia (NHBPEP, 2000).

2.4 TRATAMENTO

Atualmente, os conhecimentos sobre os medicamentos que são seguros para o tratamento da hipertensão diferem entre uma gestante e uma mulher não grávida. A escolha do medicamento anti-hipertensivo é muito discutida, pois há controvérsias em relação aos efeitos de alguns fármacos (ALGUST; PODIMOW, 2011). De acordo com Duley (2004), as drogas anti-hipertensivas (algumas) são obrigatórias para a P.A muito alta em gestantes, pois o risco de gerar complicações fetais se torna maior, sendo essencial o uso de medicamentos

para o controle dos níveis tensionais. É de suma importância que as pacientes graves realizem tratamento medicamentoso.

O ideal é que a paciente que já seja hipertensa venha sendo acompanhada antes da gestação, para se determinar o adequado controle dos níveis pressóricos. Desta forma, a terapia anti-hipertensiva deve ser mantida durante a gravidez, particularmente se há algum fator de risco ou doença associada. Excetuam-se os casos em que a droga administrada tem alguma contra-indicação para o feto, como os Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), devendo ser substituída por outra droga melhor tolerada pelo feto. Contudo, em um grande número de pacientes, o diagnóstico e a decisão pelo início da terapia anti-hipertensiva são feitos durante a gravidez (SOUZA et al, 2009).

Os medicamentos anti-hipertensivos são divididos nas seguintes classes: diuréticos (hidroclorotiazida, furosemida), inibidores adrenérgicos (propranolol, atenolol), vasodilatadores diretos (hidralazina, minoxidil), bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil, diltiazem), IECA (captopril, enalapril), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (losartana), inibidor direto da renina (aisquireno) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo o (NHBPEP, 2000), o medicamento anti-hipertensivo que possui os registros de maior faixa de segurança na gravidez é a metildopa. Algust e podimow (2011) afirmam que a Metildopa é o anti-hipertensivo mais amplamente indicado para o tratamento da hipertensão na gravidez, que um fármaco agonista de ação central (alfa 2-adrenérgico), que substitui a norepinefrina nas vesículas terminais nervosas neurosecretoras adrenérgicas. A metildopa não é útil no tratamento agudo de crises hipertensivas, por possuir ação de início demorado (NEME, 2005).

O tratamento da eclâmpsia visa prevenir as crises convulsivas e diminuir o risco de morte materno-fetal. O sulfato de magnésio é o anticonvulsivante de escolha e que possui maior segurança para o tratamento da eclâmpsia (NEME, 2005).

Além do tratamento medicamentoso, também é fundamental o tratamento não medicamentoso, com a adequação e as mudanças no estilo de vida para um controle mais efetivo da pressão. As mudanças no estilo de vida são fundamentais, englobando uma alimentação saudável, controle rigoroso do peso, repouso, redução acentuada da ingestão de sal (sódio), abandono ou diminuição do tabagismo e, caso a gestante consuma bebida com teor alcoólico, essa prática deve ser abandonada.

2.5 ABORDAGEM GERAL

O atendimento à gestante com hipertensão exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se a condição clínica, mas, sobretudo, as repercussões sobre a dinâmica familiar, estado emocional; enfim, sobre a mulher, seu conceito e sua família, considerando-se os aspectos biopsicossocioculturais (LOPES; GOUVEIA, 2004).

Os cuidados de enfermagem baseiam-se nos conhecimentos científicos sobre a condição patológica e clínica da gestante. No manejo da enfermagem vários autores apontam a relevância do enfermeiro agir como um profissional com conhecimentos diversificados. O profissional de enfermagem, por está em contato direto com essas pacientes, necessita transpor conforto, calma; agir diante dos medos da gestante. Orientar quanto a dieta e a necessidade das mudanças no estilo de vida, que são essenciais para a minimização dos possíveis riscos. Os fatores de risco são fontes relevantes para que se estabeleçam metas como a redução de peso, assim construindo uma proposta de redução de danos.

A abordagem e o conhecimento dos fatores de risco da gestante são imprescindíveis para que se possam diminuir acentuadamente os números dessa condição patológica. O controle dos níveis pressóricos é imprescindível para um bom prognóstico materno-fetal, pois reduz as chances de lesão de órgãos-alvos, como também aumentam as chances de o feto nascer hígido. O tratamento adequado da hipertensão arterial nas gestantes é o principal pilar na busca por um quadro de pressão arterial controlada. A mortalidade materna e fetal são considerados problemas de saúde pública. Números pequenos da mortalidade indicam padrão de saúde e de qualidade de vida elevados.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Fiorezer (2002), o percurso metodológico é um conjunto de procedimentos pelos quais se torna possível desenvolverem técnicas que permitam alcançar um objetivo, sendo utilizado para descrever de modo ordenado e para expor uma solução, que seja entendida e compreendida por outras pessoas. Nesse contexto o método leva a apresentar o tema proposto, formular hipóteses do mesmo, observar e fazer experimentos, avaliar os dados obtidos, tirar conclusões e relatar todo o método que será desenvolvido.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para se alcançarem os objetivos propostos pela pesquisa, foi desenvolvido um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas têm por objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação.

Segundo Trivinões (1990), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aprofundar sua experiência em torno de um problema estudado. O investigador possui determinada hipótese e aprofunda sua pesquisa nos limites de uma realidade singular, e busca antecedentes, além de maiores conhecimentos.

Para Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como um dos seus objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito.

Oliveira (1997) ressalta que os estudos exploratórios descritivos dão ênfase à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e auxiliam na elaboração de alternativas que possam ser substituídas.

A pesquisa quantitativa, entre outros aspectos, pensa na relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, que advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especialidade e com a diferenciação com que os problemas e/ou objetos sociais se apresentam (MONTEIRO et al., 2005).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Cajazeiras, situado na região do Alto Sertão do estado da Paraíba, ocupando uma área de aproximadamente 586.275 km², possuindo uma população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) de cerca de 58.437 habitantes.

A pesquisa concretizou-se em UBS do município de Cajazeiras – PB.

O município de Cajazeiras possui quinze UBS, sendo onze situadas na zona urbana e quatro na zona rural.

A pesquisa foi realizada em três UBS de Cajazeiras – PB, situadas na zona urbana. As unidades que fizeram parte da pesquisa foram as seguintes:

- ✓ Unidade Básica de Saúde da Família Mutirão, que se localiza na Rua Maria Aniceta Cavalcante s/n, Bairro Pio X;
- ✓ Unidade Básica de Saúde da Família Sol Nascente, localizada na Rua Raimundo Moesia Rolim, s/n, Bairro Por do Sol;
- ✓ Unidade Básica de Saúde da Família São José, localizada na Rua Projetada, s/n, Bairro Casas Populares.

A escolha dessas unidades foi obtida a partir de uma análise de todas as Unidades Básicas de Saúde da Família com suas respectivas comunidades. As unidades optadas para o estudo possuem número maior de demanda, assim como trata-se de uma população carente, que necessita de estudos que refletem na ampliação do aprendizado e dos conhecimentos sobre saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população selecionada para o estudo foi composta apenas pelas Gestantes que tiveram diagnóstico de hipertensão ou que realizaram tratamento anti-hipertensivo entre o mês de Janeiro de 2009 e o mês de Junho de 2011, e que constavam seus dados nas fichas Perinatais. A ficha Perinatal é o instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta de pré-natal. Segundo o Ministério da saúde (2011) o SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem como principal objetivo o incremento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, a cobertura e a

qualidade do acompanhamento do pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência neo-natal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Só fizeram parte da amostra aquelas gestantes que tiveram a DUM (data da última menstruação) a partir de 1 de janeiro de 2009. A amostra foi explorada através da análise das informações contidas nas fichas perinatais das respectivas gestantes. As gestantes incluídas no estudo são aquelas que realizaram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde escolhidas para a realização desta pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da técnica de pesquisa documental através da análise das fichas Perinatais. Para a coleta, utilizou-se um instrumento de coleta (APÊNDICE A) que contém as informações necessárias para se alcançarem os objetivos da pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após a análise e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat, que se localiza no município de João Pessoa, na Paraíba.

A coleta de dados realizou-se através da análise das fichas Perinatal das gestantes que tiveram hipertensão na gravidez entre o mês de Janeiro de 2009 até o mês de Junho de 2011. A partir desta análise, as informações necessárias foram repassadas para o roteiro (instrumento) da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada diretamente com as fichas Perinatais das respectivas gestantes, por meio da aplicação do roteiro da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde, nos turnos manhã e tarde, nos meses de Outubro e Novembro do ano de 2011.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes do instrumento de coleta foram computados e analisados para a realização das estatísticas que caracterizaram os participantes do estudo. Os dados foram transcritos das fichas Perinatais para o roteiro de coleta, onde a partir daí, foram computadorizados e posteriormente analisados.

A análise ocorreu após a realização de toda a coleta. Todas as informações necessárias foram devidamente inseridas no instrumento.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos seguiram rigorosamente os critérios éticos exigidos pela pesquisa envolvendo seres humanos, individualmente e coletivamente, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo das informações e materiais conforme a Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde. Foram adotadas todas as medidas de segurança e sigilo necessárias, não acarretando danos nem riscos aos indivíduos voluntários. A pesquisa foi realizada após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As síndromes hipertensivas estão entre as complicações mais frequentes na gestação. Embora de prognóstico favorável nos casos leves, suas formas mais graves constituem importantes causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. A gestante de risco para essa doença pode ser identificada pela presença de fatores epidemiológicos e clínicos, como idade, número de gestações, história familiar ou prévia de hipertensão e pré-eclâmpsia/eclâmpsia, presença de hipertensão arterial crônica ou *diabetes mellitus*, gestações múltiplas (gemelar), entre outros (SOUZA, 2009).

As análises dos dados coletados assim como a leitura e apreciação de artigos e livros permitiram categorizar e identificar as principais questões que norteiam esta pesquisa. Vários são os fatores de risco conhecidos para a hipertensão na gestação. Segundo Rezende (2008), vários destes concorrem para o desenvolvimento da hipertensão na gestação, sendo a incidência maior quando está presente em situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hipersódicas, baixa escolaridade, primigestação e gestações múltiplas.

No presente estudo, o objetivo foi verificar a ocorrência dos principais fatores de risco maternos para a hipertensão arterial na gestação em UBS do município de Cajazeiras – PB. Em um total de 352 fichas Perinatais avaliadas, foram encontradas 29 fichas, correspondentes as pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, representando um percentual de 8,3%, sendo este resultado semelhante ao estudo de Oliveira et al (2006), que verificou a presença de 10,3% de gestantes com hipertensão em sua pesquisa sobre mortalidade materna. Dentre os principais fatores de risco encontrados, destacam-se a obesidade, os antecedentes familiares e pessoais, assim como o fato de algumas gestantes serem primigestas. A idade materna também foi um fator de risco encontrado, porém divergiu um pouco quanto aos números de outras pesquisas.

Verifica-se o fato de em algumas consultas de pré-natal a aferição da PA não foi realizada ou então foi realizada, porém alguns valores referentes às respectivas consultas não se encontravam nas fichas. Deve-se ter maior atenção por parte do profissional quanto ao preenchimento correto das fichas Perinatais, principalmente pelo fato dos estudos e trabalhos serem realizados necessitando dos dados e informações contidas.

A idade materna é fator determinante de complicações durante o período gravídico. A gestação de uma jovem, bem como a gestação que ocorre em idade avançada, são

consideradas de risco maternos para a hipertensão. Dentro desse contexto, a idade das gestantes estudadas variou entre 15 e 41 anos. Assim sendo, verifica-se que ocorreram gestações nos extremos da idade, contribuindo como importante fator de risco. Quanto à idade das gestantes hipertensas estudadas, pôde-se observar que os extremos da idade, mostrados nesta pesquisa através dos dados com as gestantes abaixo de 18 anos e acima de 35 anos foi um fator presente em 31% da amostra. Em estudo sobre os fatores de risco maternos para a hipertensão na gestação, Moura et al (2009) encontrou um percentual de gestantes com pré-eclâmpsia em extremos da idade de 65%, sendo que acima dos 35 anos constam 17,5% e abaixo de 21 anos estão 47,5%. Em relação à idade, na presente pesquisa foi encontrado apenas 6,9% abaixo dos 18 anos. Já acima dos 35 anos foram encontradas 24,1% das gestantes (a tabela 1 mostra os números com os respectivos percentuais).

Assis, Rassi e Viana (2008), em estudo com objetivo semelhante realizado em Goiânia – GO, enfatizaram apenas as gestantes hipertensas com idade acima dos 30 anos e evidenciou-se a presença de elevados casos. Segundo estes, a idade avançada pode estar relacionada ao número de casos de pacientes que já sejam portadoras de hipertensão, tornando-se um problema agravante para a gestação.

Um ponto importante a destacar é que mulheres que engravidam quando jovens geralmente são primigestas, podendo ser esta a correlação entre pouca idade e hipertensão, já que as primigestas estão mais susceptíveis a desenvolverem hipertensão e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com a variável idade:

IDADE (ANOS)	NÚMERO	%
Menor ou igual a 18 anos	2	6,9
Entre 19 e 25 anos	9	31,1
Entre 26 e 35 anos	11	37,9
Acima de 35 anos	7	24,1
TOTAL	29	100.00

Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

Um fator que se torna relevante neste estudo é a análise do número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes com hipertensão arterial. Uma atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. O acesso à assistência pré-natal

possibilita o diagnóstico precoce de complicações maternas e perinatais. A atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher e acompanhar a mulher gestante desde o início de sua gravidez até o parto e o puerpério (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), durante a gestação devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Dentre as 29 gestantes com hipertensão arterial, destacou-se que apenas 6,9% das gestantes realizaram o pré natal com no máximo três consultas. Enquanto que 65,5% realizaram no mínimo 6 consultas de pré-natal. A tabela 2 demonstra os valores das consultas de pré-natal realizadas. Este é um dado relevante, pois mostra que as mulheres gestantes estão realizando o pré-natal de forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Resultado parecido pôde ser observado no estudo de Simões e Soarde (2006) sobre a ocorrência de hipertensão na gestação, em que cerca de 80% das gestantes com hipertensão realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal.

Tabela 2 – Distribuição do número de consultas de pré-natal*:

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	NÚMERO	%
De 1 a 3	2	6,9
De 4 a 7	16	55,2
Acima de 7	11	37,9
TOTAL	29	100,00

Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

*O número de consultas de pré-natal com no mínimo 6 consultas alcançou 65,5% do total na amostra. 10 gestações foram classificadas como de alto-risco, totalizando 33,4%.

Outro ponto importante que se destacou foi o período de realização da primeira consulta de pré-natal. Na atual pesquisa, 48,3% da amostra realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação. 48,3% realizaram a primeira consulta no segundo trimestre de gravidez. Enquanto que apenas 3,6% realizaram a primeira consulta no terceiro trimestre (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da primeira consulta de pré-natal realizada pela gestante hipertensa.

INÍCIO DO PRÉ NATAL	NÚMERO	%
1 TRIMESTRE	14	48,3%
2 TRIMESTRE	14	48,3%
3 TRIMESTRE	1	3,4%
TOTAL	29	100,00

Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

Vettore et al (2011), ao estudar os cuidados pré-natais com as gestantes portadoras de hipertensão na cidade do Rio de Janeiro, avaliou a diferença entre o número de consultas em uma gestante normal e o número de consultas em uma gestante com hipertensão e verificou que 62% das gestantes sem hipertensão realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre, enquanto que 70,8% das gestantes com hipertensão tiveram a primeira consulta no primeiro trimestre, mostrando que os maiores cuidados foram estabelecidos entre as hipertensas. Esse valor diverge um pouco do encontrado nesta pesquisa. Quanto ao número de consultas por cada gestante, a média foi de 5,96 consultas por gestante hipertensa.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a hipertensão arterial está entre as principais ocorrências que evidenciam a necessidade da realização do pré-natal de alto risco. Durante este estudo 33,45% das gestações foram classificadas como pré-natal de alto risco, sendo que todos os casos de pré-eclâmpsia foram enquadrados como alto risco. É um número considerável, pois a atenção à saúde materna deve ser realizada conforme o quadro clínico, e a pré-eclâmpsia representa um quadro que necessita de maior atenção, além de alguns casos de hipertensão que representaram pré-natal de alto risco.

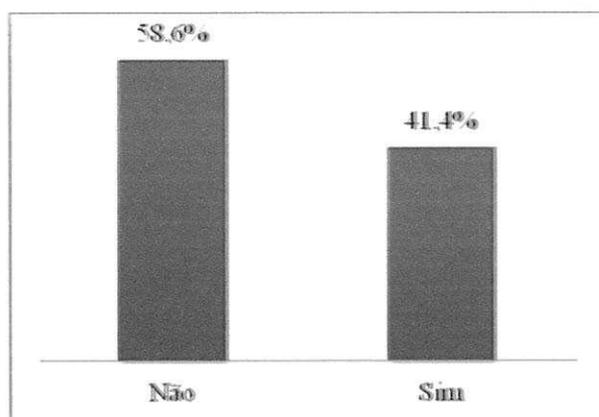
Um dos fatores de risco relacionados com a hipertensão na gravidez mais relatados na literatura é a obesidade, que se caracteriza por ser um distúrbio metabólico que tem como manifestação final o excesso de tecido adiposo na composição do organismo (ANDRETO et al, 2006).

Sabe-se que obesidade e hipertensão estão correlacionados, sendo a obesidade um fator agravante para a hipertensão arterial. O ganho de peso durante a gestação é normal, expressando tanto o crescimento fetal quanto a expansão de tecidos maternos (placenta, tecido adiposo, útero e mamas), o aumento de líquido extracelular e do volume sangüíneo e a formação de líquido amniótico (ANDRETO et al, 2006). Porém, algumas gestantes possuem

o ganho de peso excessivo ou peso excessivo pré-existente, o que prejudica e pode agravar a gravidez.

A obesidade foi um fator de risco encontrado na presente pesquisa. Para se obter os resultados de obesidade, foi realizado o cálculo do IMC (índice de massa corpórea) em kg/m^2 . Em relação aos valores, foram considerados os resultados de acordo com os valores recomendados pelo SISVAN (2008). Para as gestantes que realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre, considerei obesa aquela que possuiu o IMC acima de $30,5 \text{ kg}/\text{m}^2$. Para as que realizaram a primeira consulta no segundo trimestre, foram consideradas obesas as que possuíram IMC acima de $31,8 \text{ kg}/\text{m}^2$. Para as que realizaram a primeira consulta no terceiro trimestre, foi considerado o valor de IMC acima de $33 \text{ kg}/\text{m}^2$. Dentre as 29 gestantes com hipertensão arterial, 12 apresentaram-se obesas, representando 41,4% do total (figura 1). Esse número pode ser considerado elevado, devido principalmente ao fato de a diferença entre as gestantes não-obesas e as obesas ser pequena, o que evidencia a obesidade como agravante em uma gestação, representando um dos principais fatores de risco para a hipertensão.

Figura 1 – Distribuição da obesidade nas gestantes com hipertensão



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

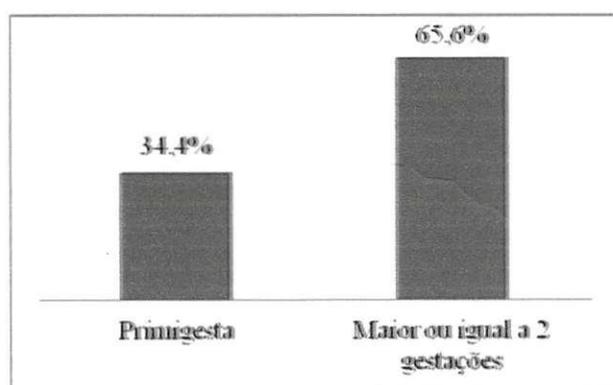
Resultado parecido encontra-se no estudo de Batista (2008) sobre o perfil das gestantes com hipertensão no estado do Ceará, com a presença da obesidade em 38% das gestantes com hipertensão. Em estudo sobre ganho ponderal em gestantes realizado por Andreto et al (2006), a obesidade esteve presente em 26,3% das pacientes gestantes. Assis, Viana e Rassi (2007) e Amadei e Merino (2010), em pesquisas sobre fatores de risco para a hipertensão na gestação, destacaram a obesidade como fator de risco relevante, onde evidenciou-se nessas pesquisas a obesidade entre os principais fatores. Diante da relevância

da obesidade como fator de risco, cabe então a equipe multiprofissional atuar na prevenção da obesidade, promovendo educação em saúde e passando para a população os efeitos negativos da obesidade para a gestação.

A primigestação está inserida no contexto da hipertensão na gestação como um dos principais fatores de risco. Segundo Takiuki e Kahhali (2001), a primigestação associa-se com a hipertensão e pré-eclâmpsia devido ser uma situação que acarreta muito estresse para a gestante, diferentemente do fumo e da atividade física de lazer, situações antiestressantes que diminuem os riscos para o desenvolvimento da doença. A idade pode está relacionada a primigestação, já que a primeira gravidez geralmente ocorre no extremo inferior da idade para gestação. A incidência da pré-eclâmpsia é três vezes maior em mulheres primigestas do que nas multigestas (FIGUEIREDO, 2002).

Quanto ao número de gestações, a pesquisa atual mostrou que 34,4% do total da amostra eram primigestas (figura 2). Santos et al (2009), através de pesquisa sobre hipertensão na gestação encontrou um valor aproximado desta pesquisa, em que dentre as gestantes hipertensas, 39% eram primigestas. Amadei e Merino (2010), em pesquisa semelhante, também encontraram valores parecidos, constando de um total de 40,38% das gestantes primigestas. A pré-eclâmpsia ocorre mais frequentemente entre as primigestas, e alguns fatores, como ignorância da própria gravidez, vergonha, gestação indesejada e demora em procurar a assistência pré-natal podem contribuir para o aumento do risco para essa síndrome (COSTA et al, 2003). Assim como em outros estudos, a primigestação foi um fator presente na pesquisa atual, tornando visível que possui relevância quando se trata de hipertensão na gestação.

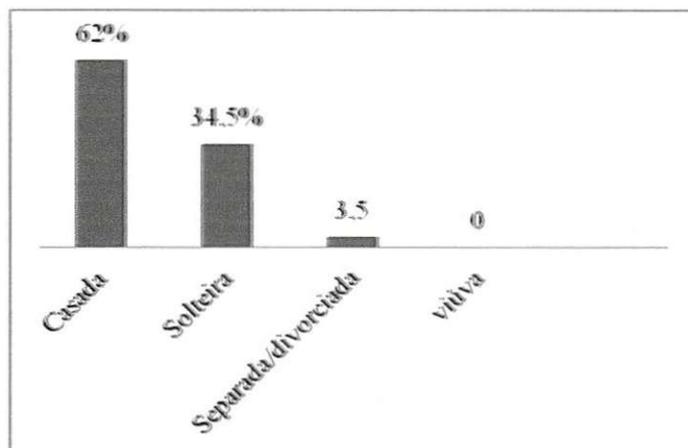
Figura 2 – Distribuição do número de gestações entre as gestantes hipertensas



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

No que se refere ao estado civil, 62% do total da amostra são casadas. 34,5% representavam as solteiras, enquanto que apenas 3,5% divorciadas (figura 3).

Figura 3 – Caracterização do estado civil da população estudada



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

Em trabalho realizado por Vettore et al (2011) sobre hipertensão na gestação, verificou-se que em relação ao estado conjugal, a grande maioria da amostra representou gestantes casadas (80,2%). Entretanto, o estado civil é considerado imprescindível para uma evolução positiva da gestação, já que é esperado que quando a mulher engravide, toda a família se prepare para as mudanças e o apoio e as orientações recebidas irão influenciar sobre a família na capacidade de aceitar a gestação e lidar com os problemas advindos (Halpern et al, 1998). A situação conjugal é um eixo temático que pode representar bem-estar para a família. Indivíduos casados com união bem sucedida possuem maiores chances de desenvolverem o autocuidado. Entretanto, o estado civil não se apresenta como fator de risco para a hipertensão na gestação. Não está mencionado nas literaturas, e na presente pesquisa, apesar de o número de casadas ter sido bem maior que os demais, não significa que seja um fator de risco.

Condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais (MOURA et al, 2009). Isso remete à idéia de que a condição socioeconômica satisfatória possibilita ao indivíduo elevar seu padrão e qualidade de vida. Um nível sócio-econômico desfavorecido pode determinar piores condições de moradia, maiores dificuldades de deslocamento até o serviço de saúde, dificuldade na obtenção dos conhecimentos sobre a gravidez, incompatibilidade dos seus

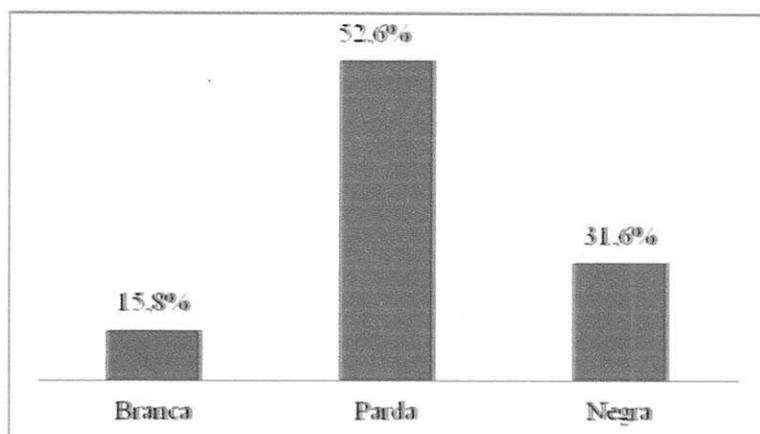
horários com os estabelecidos como rotina pelas unidades de saúde (FERNANDES; GONÇALVES; SOBRAL, 2005).

A pesquisa sobre a renda familiar não foi realizada, pois os dados referentes a renda não constam nas fichas utilizadas para o estudo. Porém a baixa renda familiar, assim como o grau de escolaridade são relatados em algumas literaturas como fatores de risco. Sabe-se que as baixas condições sócio-econômicas contribuem para o agravamento da saúde e a qualidade de vida, favorecendo ao aparecimento de doenças. Em relação à escolaridade, 9 fichas das respectivas gestantes não tinham informações sobre o grau de instrução das pacientes. Dentre as fichas que possuíam esses dados, 35% da população estudada possuem o ensino fundamental incompleto. 40% possuem ensino médio incompleto. 25% possuem ensino fundamental completo. Mesmo com as oportunidades de ensino nas escolas, ainda é baixo o grau de escolaridade de gestantes com hipertensão, tornando-se um agravante para a doença. Nenhuma gestante apresentou ensino superior. Então, dentre as fichas que continham as informações, 100% da amostra eram alfabetizadas.

Moura et al (2010) destaca em seu trabalho a baixa escolaridade como fator de risco para a hipertensão na gestação, principalmente para a pré-eclâmpsia. A baixa escolaridade se torna um fator que dificulta o acesso das mulheres às informações e ao conhecimento necessários, interferindo de forma negativa nas condições para o autocuidado, implicando na dificuldade em buscar como também em assimilar as informações sobre os cuidados com a sua saúde (FERNANDES, 2001).

Com relação à raça/cor, os números da atual pesquisa apontam que a maior quantidade de gestantes com hipertensão prevaleceu na raça não-branca, onde totaliza 84,2%, sendo que 52,6% são pardas e 31,6% são negras. Apenas 15,8% das gestantes são da raça branca (Figura 4). Em 10 fichas do SisPreNatal das gestantes não constavam os dados sobre a raça. Portanto, se torna relevante o preenchimento correto das fichas, principalmente para a realização de estudos voltados para esse tema ou que necessitem dos dados contidos.

Figura 4 – Distribuição da amostra segundo a raça*



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

*Em 10 fichas não constavam os dados referentes à raça.

Ressalta-se que em relação à raça, o fator racial deixou de ser importante em relação à hipertensão na gestação porque, alguns autores relatam que é mais incidente na raça não-branca, enquanto outros afirmam que ocorre com maior frequência nas gestantes de cor branca (OLIVEIRA, 1997).

Em estudo sobre síndromes hipertensivas gestacionais realizado na cidade de São Paulo realizado por Sass et al (2004), houve predomínio das pacientes de cor branca (60,6%) sobre as negras (20,7%) e pardas (18,7%). Já na pesquisa de Assis, Viana e Rassi (2007) sobre os fatores risco para as síndromes hipertensivas gestacionais houve predominância da raça não-branca em relação à branca. Gaio et al (2001), afirma que na população geral, a raça negra apresenta maior prevalência de hipertensão arterial quando comparada à branca. Isso pode está relacionado ao fato de em alguns estudos sobre a hipertensão na gestação, a doença esteja com incidência maior na raça não-branca em relação à branca.

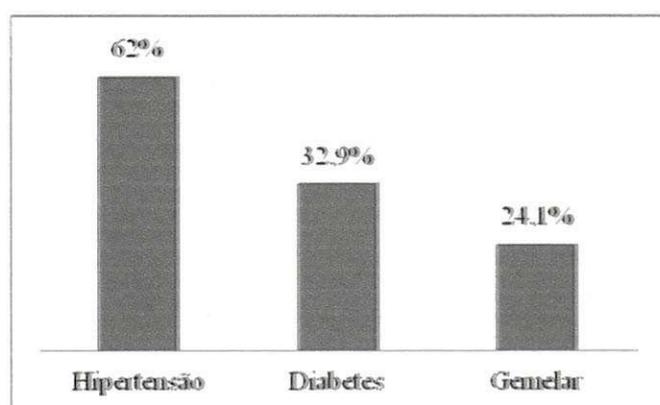
Quanto à localidade da residência, 79% das gestantes residem na zona urbana, enquanto que apenas 21% residem na zona rural. Em relação a este item, destaca-se apenas as diferenças relacionadas ao acesso a rede de saúde. Diante da dificuldade de acesso, em pacientes que residem na zona rural, o acesso a rede de saúde se torna mais difícil. Nas pacientes da zona urbana, o acesso se torna mais favorável (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Sabe-se que a genética e a hereditariedade são pontos essenciais quando se trata de saúde e doença. Esses fatores possuem grande relevância como fatores de risco para o desencadeamento de doenças. A herança genética familiar influencia no desencadeamento de

várias patologias. No histórico de uma gestante, a atenção deve estar voltada para a ocorrência de hipertensão arterial em familiares, pois a incidência de DHEG (doença hipertensiva específica da gestação) na primeira gestação viável está em torno de 5% na população geral, 22% nas filhas e 38% nas irmãs de mulheres que tiveram a doença (TRENTINI et al, 1996).

Antecedentes familiares de hipertensão e diabetes foram associações mórbidas presentes no histórico de 18 (62%) e 10 (34,5%) respectivamente.

Figura 5 – Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes familiares*



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

*O gráfico mostra a proporção de cada item em relação ao total de gestantes hipertensas.

Segundo Moura et al (2009), a hipertensão e o diabetes são fatores de risco associados ao desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos na gestação. Batista et al (2005), em estudo sobre influência dos fatores familiares na hipertensão realizado na cidade de São Paulo, encontrou 34% da sua amostra com hipertensos que tinham histórico familiar da doença. 24,1% das gestantes apresentaram familiares com histórico de gestações múltiplas. As gestações múltiplas, segundo Rodrigues et al (2005), possuem como principais complicações maternas as síndromes hipertensivas.

Os antecedentes pessoais são características peculiares de cada indivíduo. Pré-eclâmpsia em uma gravidez anterior é um forte fator predisponente para a pré-eclâmpsia em uma gravidez subsequente (HUTCHEON; LISONKOVA; JOSEPH, 2011). Segundo Figueiredo (2002), a hipertensão na gestação é comum em pacientes com hipertensão crônica e naquelas multigestas com histórico pessoal de pré-eclâmpsia. Destaca-se que quatro gestantes (13,8% da amostra) apresentaram histórico pessoal de hipertensão, ou seja, eram

pacientes com diagnóstico de HAS. Diverge um pouco em relação aos dados obtidos por Assis, Viana e Rassi (2007), que encontraram apenas 6,2%.

A gestação múltipla foi outro fator encontrado em pouca quantidade na amostra. A gemelaridade foi um fator pouco presente nesta pesquisa com apenas 3,4%. Para Hutcheon, Lisonkova e Joseph (2011) as gestações múltiplas aumentam os riscos para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Costa et al (2003), através de estudo sobre a idade materna como fator de risco, constatou que dentre 17 gestações múltiplas, apenas duas (11,2%) apresentaram hipertensão na gestação. Em trabalho realizado por Rodrigues et al (2005) sobre epidemiologia das gestações múltiplas, destacou-se as síndromes hipertensivas como principais complicações obstétricas neste tipo de gestação.

Do total de 29 gestantes com hipertensão na gestação, 10,3% desenvolverm pré-eclâmpsia durante a gravidez. Gouveia e Lopes (2004), em um trabalho sobre mortalidade materna no estado de São Paulo, encontraram um valor semelhante, com um percentual de 12,7% de gestantes com pré-eclâmpsia. Na atual pesquisa nenhuma gestante desenvolveu eclâmpsia.

O consumo de álcool e fumo pode exercer influência sobre a hipertensão na gestação. O consumo elevado de bebidas alcoólicas, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) aumenta os níveis de PA. O álcool tem efeito sobre a pressão arterial por causar redução na resistência vascular periférica e aumentar o débito cardíaco (CASTRO et al, 2005).

O uso do fumo durante a gestação pode levar a complicações materno-fetais. Na literatura, são descritas maiores incidências de fetos pequenos para a idade gestacional entre pacientes fumantes. O fumo é um fator associado à inflamação crônica e a alterações endoteliais e tem sido associado à doença cardiovascular. Fumar durante a gestação está associado a um aumento de complicações maternas e perinatais, especialmente baixo peso fetal (SHMIDTH; DUNCAN, 2011). Existem vários mecanismos que explicam o aumento da PA após o consumo do cigarro. Acredita-se que o tabaco compromete a integridade dos vasos sanguíneos e a nicotina, substância encontrada no fumo, produz a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a resistência periférica e, conseqüentemente, a pressão arterial (TEIXEIRA et al., 2006). Estudos têm demonstrado que o tabagismo reduz a ocorrência de pré-eclâmpsia em cerca de 50%. Porém, essa hipótese ainda não está esclarecida (HUTCHEON, LISONKOVA E JOSEPH, 2011). Os dados encontrados sobre o consumo de fumo e de álcool nesta pesquisa totalizou 13,8%. O mesmo valor foi observado em relação ao uso do álcool (tabela 4).

Tabela 4: Uso de fumo e álcool*

Usuários	Número de gestantes	%
FUMANTES	4	13,8%
USO DE ÁLCOOL	4	13,8%

Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

*Proporção em relação ao número da amostra (29).

O tratamento anti-hipertensivo medicamentoso é um fator imprescindível para o controle dos níveis pressóricos na gestante hipertensa. Segundo o NHBPEP (2000), o medicamento anti-hipertensivo que possui os registros de maior faixa de segurança e de maior eficácia é a metildopa. Nesta pesquisa 100% das gestantes com hipertensão na gestação faziam uso da metildopa. Isso mostra que metildopa é o medicamento de primeira escolha para o tratamento da hipertensão na gestação. Segundo Katzung (2010), a metildopa atua como um falso neurotransmissor, substituindo a norepinefrina nas vesículas sinápticas.

Através dos dados obtidos nesta pesquisa, percebe-se que os fatores de risco para a hipertensão são imprescindíveis para a abordagem inicial da gestante. A obesidade e a primigestação se destacaram na pesquisa. A cor foi um fator presente, porém estudos divergem quanto a este fator. A gestação múltipla e história familiar e pessoal também obtiveram dados relevantes, apesar de apenas uma gestante hipertensa ter tido gemelar. A qualidade da assistência ao pré-natal deve ser intensificada e prestar assistência de acordo com as necessidades de cada gestante.

5 CONCLUSÃO

Diante do que foi visto e estudado, percebe-se que há uma maior necessidade de estudos que abordem esse tema, pois fica evidente que os fatores de risco para a hipertensão na gestação estão presentes em quantidade considerável na população feminina. É importante que os profissionais de saúde tenham atenção especial com esses fatores de risco, já que a alta prevalência indica uma associação entre estes e a doença.

A doença hipertensão arterial na gestação, pelas suas características de não causar alterações físicas exacerbadas, leva as gestantes a desenvolverem sinais e sintomas desconfortáveis, necessitando de constantes aconselhamentos para que possam entender e aceitar as orientações necessárias para o seu controle e tratamento adequados. Tais orientações, para serem mais facilmente compreendidas e aceitas pelos pacientes, exigem dos profissionais, qualidade na assistência ao pré-natal.

A gestante normal, por está um período de mudanças fisiológicas e psicológicas, já necessita de cuidados especiais. Quando se trata de uma gestante com hipertensão, os cuidados e a assistência integral devem ser imprescindíveis para um bom prognóstico, tanto materno quanto fetal.

É interessante que os serviços de saúde promovam educação continuada com os profissionais de saúde, com enfoque na comunicação com o paciente e no preenchimento correto da ficha Perinatal, na valorização deste como instrumento para identificar as gestantes de risco, além de cursos sobre hipertensão arterial na gestação. Às UBS, é imprescindível a adequação do número de atendimentos e consultas de pré-natal, a fim de possibilitar tempo mais amplo para esclarecimentos das dúvidas e dos riscos dessa doença na gravidez. É importante, ainda, chamar a atenção das autoridades públicas da saúde para a necessidade do fornecimento regular de medicamentos para o tratamento.

Com a prevalência dos fatores de risco, são necessárias que sejam tomadas medidas preventivas em relação às gestantes, pois os índices de hipertensão na gestação são altos, e os fatores a ela associados são fundamentais para o desencadeamento dessa complicação gestacional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. C. **Cardiopatias e Gravidez**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- AMADEI, J. L.; MERINO, C.G. **Hipertensão Arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 3, n. 1, p. 33-39, jan./abr. 2010.
- ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL-FILHO, J. E. **Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2401-2409, nov, 2006.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. **Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação**. Arq Bras Cardiol. v. 91, n.1, p. 11-17, jan. 2008.
- BATISTA, M. C.; TAVARES, A.; RODRIGUES, C. J. O KOHLMANN JR., O.; ZANELLA, M. T.; RIBEIRO, A. B. **Influência da História Familiar de Hipertensão Arterial Sobre a Pressão Arterial**. J Bras Nefrol. v. 27, n. 2. Jun. 2005
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestacao de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Fevereiro, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna**. Relatório Final. Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. 3. ed, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2. ed. Brasília (DF), 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. 5. Ed. Brasília, 2010.

BEZERRA, E. H. M.; JÚNIOR, C. A. A.; FEITOSA, R. F. G.; CARVALHO, A. A. A de. **Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola**. Rev Bras Ginecol Obstet. v. 27, n. 9, p. 548-53, Ago 2005.

COSTA, H. L. F. F.; COSTA, C. F. F.; COSTA, L. O. B. F. **Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada**. Rev Bras Gineco Obstet. v. 25, n. 9, p. 631-5, 2003.

DULEY, L. **The global impact of pre-eclampsia and eclampsia**. Semin. perinatol. v. 33, n. 3, p. 130-7, jun. 2009.

FERNANDES, R. A. Q. **Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal**. Rev Paul Enf. v. 20 n. 2 p. 57-67. Maio-ago, 2001.

FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H.; GONÇALVES, R. **Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo**. Rev Bras Enferm. v. 58, n. 1, p. 61-4. jan-fev, 2005.

FIGUEIREDO, C. F. **Metodologia da Pesquisa: como planejar, executar e escrever um trabalho científico**. João Pessoa: Universitária, 2002.

GAIO, D.S.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; NUCCI, L.B.; MATOS, M.C.; BRANCHTEIN, L. **Hypertension disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of brazilian women**. v. 20, n. 3, p. 269-81, 2001

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas. p. 40-57, 2002.

GOUVEIA, H. G; LOPES, M. H. B. M. **Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol. 12 n. 2 Mar./Apr. 2004.

HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E. **Atenção pré-natal em Pelotas**. Cad Saúde Pública, julho-set, 1998. n. 1493, p. 487-92, 1992.

HUTCHEON, J. A.; LISONKOVA, S.; JOSEPH S,K.S. **Epidemiology of pre eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. v. 25, p. 391-403, 2011.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia Básica e clínica**. 10 ed. Porto alegre: AMGH, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, C. G. D.; DAMASCENO, A. K. C.; PEREIRA, M. M. Q. **Fatores de Risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação Entre Mulheres Hospitalizadas com Pré Eclâmpsia**. Cogitare Enferm. v. 15,n. 2, p. 250-5, Abr-Jun, 2009.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH. **Blood Pressure in Pregnancy**. Am J Obstet Gynecol. v. 183, n. 1, p. S1-S22, 2000.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3. Ed. São Paulo (SP): Savier, 2005.

OLIVEIRA, C. A.; LINS, C. P.; SÁ, R. A. M.; NETTO, H. C.; BORNIA, R. G.; SILVA, N. R. AMIM JUNIOR, J. **Síndromes Hipertensivas da Gestação e Repercussões Perinatais**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. v.6, n.1, p. 93-98, jan - mar., 2006.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

OLIVEIRA, S. M. J. V. **Medida da pressão arterial na gestante**. Rev Bras Hipertensão. v. 7, n. 1, p. 59-63. jan-mar, 1997.

PASCOAL, I. F. **Hipertensão e gravidez**. Rev Bras Hipertens v. 9, p. 256-261, set 2002.
PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. Rev Bras Ginecol Obstet. v. 27, n. 10, p. 627-34, out. 2005.

RIQUINHO, D. R.; CORREIA, S. G. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal**. Rev. bras. enferm. vol. 59, n. 3. Brasília Mai/Jun 2006.

RODRIGUES, C. T.; BRANCO, M. R.; FERREIRA, I. D.; NORDESTE, A.; FONSECA, M.; TABORDA, A. SILVA, I. S.; ALMEIDA, M. C. **Epidemiologia da gestação múltipla: Casuística de 15 anos.** Fev 2004.

SASS, N.; COELHO, M.T.; MARÍLIA, M. G.; VIANA, E. MESQUITA, M. R. S LUIZ CAMANO, L. **Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação:** Prognóstico materno e perinatal. Rev Assoc Med Bras. v. 50, n. 2, p. 207-13, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,** 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Rev Bras Hipertens. vol. 17, n. 1, p. 7-10, 2010.

SOUZA, R.; GROCHOWSKI, R. A.; MOUTINHO JUNIOR, C. A.; GROPPI, B.; REZENDE, C. A. L. **Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP.** Rev. méd. Minas Gerais; v. 19, n. 4, p. 30-33, out – dez. 2009.

SOUZA, A. R.; AMORIM, M.R.; COSTA, .A A. R.; NETO, C. N. **Tratamento anti-hipertensivo na gravidez.** Acta Med Port. v. 23, n.1, p. 077-084, jan 2009.

SIMÕES, M. J. S.; SOARDE, M. C. B **Ocorrência de Hipertensão Arterial em Gestantes no Município de Araraquara/SP.** Saúde rev, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 7-11, 2006.

TAKIUTI, N.H.; KAHHALE, S. **Estresse e Pré-eclampsia.** Rev. Ass. Med, v. 47, n. 2, p. 85-109, 2001.

TEIXEIRA, E. R. et al. **O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde.** Esc Anna Nery R Enferm, p. 378-384, dez, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003.** Cad. Saúde Pública. vol.23, n.10, p. 2490-2502, 2007.

TRENTINI, M.; TOMAZI, N.; YNS, P. **Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas.** Cogitare Enferm. v. 1, n. 2, p. 19-24, 1996.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VETTORE, M. V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VETTORE, M. V.; LEAL, M. C. **Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 27, n.5, p. 1021-1034, mai. 2011.

WAGNER, L. K. **Diagnosis and Management of Preeclampsia.** Am Fam Physician. v. 70, n. 12, p. 2317-2324, dez. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ____ / ____ / ____

1 Caracterização do sujeito

Idade: () Menor ou igual a 18 anos () Entre 19 e 25 anos () Entre 26 e 35 anos
() Maior de 35 anos

Estado civil: () Casada () Separada/divorciada () Viúva () Solteira

Alfabetizada: () Sim () Não

Cor: () Branca () Parda () Negra

Residência: () Zona Rural () Zona Urbana

Medidas Antropométricas: Peso - Primeira consulta: Última consulta:

Altura: Obesidade: () Sim () Não

2 Antecedentes:**Familiares**

- () Diabetes
() Hipertensão
() Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
() Gemelar
() Infertilidade
() Outros _____

Pessoais

- () Diabetes
() Hipertensão
() Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
() Infertilidade
() Gemelar
() Outros _____

Obstétricos

GESTA _____ PARA _____ Abortos _____

Tipo e quantidade de partos anteriores: Cesáreas _____ Vaginais _____ Gemelares _____

Alguns pesou menos que 2.500g? () Sim () Não

Outros: _____

Intercorrências em gestações anteriores:

3 Hábitos de vida

FUMO: () Sim () Não

ÁLCOOL: () Sim () Não

4 Intercorrências na Gestação

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| () Hemorragias | () Cardiopatias |
| () Gravidez Múltipla | () Diabetes |
| () Hipertensão | () Infecção Crônica e aguda |
| () Pré-Eclâmpsia | () Risco de Aborto |
| () Eclâmpsia | |
| () Ameaça de parto prematuro | |

Gestação atual:

Consultas de pré-natal: _____ Primeira consulta (Trimestre): _____

Utiliza medicamento para tratamento: sim () não ()

Se sim, qual:

Observações:

ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

ANEXO A**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Titulo da Pesquisa: ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNOS RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

Eu, **FABÍOLA FIALHO FURTADO**, professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (ETSC- UFCG), campus Cajazeiras - PB, portadora do RG: 2668863. Declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Orientando

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - P. B.

CAJAZEIRAS, 05 DE OUTUBRO DE 2011.

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADO RESPONSÁVEL

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS, PARAIBA

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Pesquisa: ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNOS RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.

Eu, **FABÍOLA FIALHO FURTADO**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras - PB, portadora do RG: **2668863** e CPF: **042774984-00** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

CAJAZEIRAS, 05 DE OUTUBRO DE 2011.

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO C

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 05.325.381/0001-00
RUA ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01 – COCODÉ
FONE: (83) 3531-4734

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MATERNOS RELACIONADOS À HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**” desenvolvido pelo aluno Felipe José Fernandes Queiroz Pereira do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Fabíola Fialho Furtado.

CAJAZEIRAS – PB, 05 DE OUTUBRO DE 2011.

Pablo de Almeida Leitão

Secretário de Saúde

ANEXO D – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
TRIPAS PARAÍBA

ANEXO D**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Pablo de Almeida Leitão

Secretário de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS-PARAIBA

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA