

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVIDÍO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KÁSSIA SANTOS SOUSA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS MULHERES ACOMETIDAS POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS NO MUNICÍPIO DE PICOS – PI**

PICOS-PI
2016

KÁSSIA SANTOS SOUSA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS MULHERES ACOMETIDAS POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS NO MUNICÍPIO DE PICOS – PI**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S725c Sousa, Kássia Santos.

Características epidemiológicas das mulheres acometidas por síndromes hipertensivas gestacionais no município de Picos-PI / Kássia Santos Sousa. – 2016.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (66 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof^ª. Ma. Dayze Djanira Furtado de Galiza

CDD 618.3

KÁSSIA SANTOS SOUSA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS MULHERES ACOMETIDAS POR
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS NO MUNICÍPIO DE PICOS – PI**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2015.2, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

DATA DA APROVAÇÃO: 26/02/16

BANCA EXAMINADORA:

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Prof. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros
Presidente da Banca

Valéria Lima de Barros

Prof. Ms. Valéria Lima de Barros
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros
2º examinador

Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Enf. Esp. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques
Secretária Municipal de Saúde/ Picos-PI
3º examinador

Sery Neely Santos Lima

Enf. Esp. Sery Neely dos Santos Lima
Secretária Municipal de Saúde/ Picos-PI

AOS MEUS PAIS,

Marcilene dos Santos Cipriano e Cipriano Paulo de Sousa por todo o amor, compreensão e apoio dedicado a mim durante essa longa jornada. Obrigada por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida, por acreditarem sempre que sou capaz, isso sem dúvida me abona coragem para lutar por os meus sonhos. Meus exemplos de fé, honestidade, persistência e amor, valores que sem dúvida baseiam a minha vida. Tudo que hoje sou, devo a vocês! Amor maior não há!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que durante essa jornada da vida, ninguém é capaz de edificar nada sozinho, sempre se precisa de fé em Deus, uma palavra de apoio e um colo para os momentos mais difíceis. Por este motivo agradeço primeiramente a *Deus* por sempre se fazer presente em minha vida, por ser meu refúgio em ocasiões de desespero, me mostrando que tudo acontece em seu tempo e conforme a tua vontade. Agradeço a ti SENHOR por nunca me abandonar.

Aos meus pais, *Marcilene dos Santos Cipriano e Cipriano Paulo de Sousa* pelo imensurável esforço e dedicação para a realização desse sonho e por me ensinarem constantemente a ser uma pessoa melhor. Amo vocês.

As minhas queridas irmãs, *Késsia Sousa e Kelvane Sousa* pelo carinho e compreensão, e por sempre estarem orando e torcendo para que tudo ocorresse bem durante essa caminhada. Sou grata a Deus por tê-las a meu lado.

Aos meus avós, em especial a *Francisca Rosa*, pelo afeto e apoio; Tios (as) em especial a *Luciana Sousa* por todas as palavras de incentivo direcionadas a mim, aos meus primos (as), e demais familiares que sempre torceram pelas minhas conquistas.

Ao meu namorado, *Geraldo Junior* por todo o companheirismo e amor, por toda ajuda que se dispôs a oferecer, estando ao meu lado nos mais diversos momentos, me ajudando, na concretização desse sonho, você faz parte de tudo isso. Te amo.

Ao grupo de pesquisa em saúde coletiva, especificamente a *linha saúde sexual e reprodutiva* a qual tenho orgulho de ser integrante, participar dessa família foi uma das melhores coisas que sobreveio durante minha vida acadêmica.

A minha orientadora Ms. *Dayze Djanira Furtado de Galiza*, pela disponibilidade, paciência e conhecimento repassado, es um exemplo a ser seguido. Obrigada por tudo que me ensinaste.

As professoras da banca examinadora, *Valéria Barros, Rhaylla Pio e Sery Nelly*, por todo o conhecimento transmitido durante essa jornada e por se fazerem presentes nesse momento, contribuindo para o aperfeiçoamento desse trabalho. Tenho um enorme carinho e admiração por cada uma de vocês.

Aos meus amigos, em especial a *Talita Lima, Raul Cipriano, Taiala Souza, Laercio Leal e Isabel Pacheco* por todos os momentos felizes compartilhados, pelo ombro amigo ofertado quando necessário. Fazem parte de mim, agradeço a Deus por coloca-los em meu caminho.

*“ Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.
A Ele a glória por toda a eternidade! Amém. ”*

(Romanos 11:36)

RESUMO

Diante do grande número de mortes maternas e perinatais relacionadas a ocorrência de síndromes hipertensivas gestacionais registrado em todo o país, surgiu o interesse em conhecer a história gineco-obstétrica e sóciodemográfica das gestantes acometidas por essa síndrome. Dessa forma este estudo teve como principal objetivo traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por síndrome hipertensiva gestacionais em Picos-PI. Trata-se de estudo documental, com abordagem quantitativa, e corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Foram analisados 203 prontuários de gestante que deram entrada no hospital de referência do município entre os anos 2009 a 2013, com diagnóstico inicial de Síndromes Hipertensiva Gestacional (SHG), Pré-eclâmpsia e Eclampsia. A coleta de dados foi realizada através de um formulário elaborado pela a autora, o qual continha perguntas referentes aos aspectos sóciodemográficos e gineco-obstétrico, os dados coletados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Grande parte das gestantes estudadas estavam entre 14 e 21 anos de idade (37,9%), haviam cursado o ensino médio de forma completa (49,3%), se autodeclaravam pardas (84,2%), e residiam em bairros localizados na periferia da cidade (51,3%). Quanto a situação conjugal, prevaleceram as casadas e com união (63,6%), exerciam a profissão de lavradora (36,5%). Se tratando de fatores de risco predisponentes para a síndrome, verificou-se que 75,9% das gestantes possuíam um ou mais fatores de risco, sendo que os mais encontrados foram, primariedade (67%), aborto prévio (10,8%), idade materna ≥ 35 anos (7,9%), idade materna ≤ 15 anos (5,9%) e gestação gemelar (1,5%). Foi avaliada ainda a incidência mensal da SHG, verificando que esta é mais presente durante o período frio do ano, uma vez que houve um maior número de casos durante os meses de março (11,3%), abril (10,3%), junho (9,9%) e julho (10,3%). Buscou-se ainda analisar a incidência de eclampsia isoladamente, percebendo que esta, também ocorre durante os meses com baixas temperaturas, sendo eles: fevereiro, março, abril, maio, junho e julho, que totalizou 11 casos. Desse modo, de acordo com os resultados apresentados conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados, ficando evidenciado que as mulheres mais acometidas pelas SHGs são jovens, que residem na periferia e possuem um companheiro fixo. Além disso foi possível observar que mais da metade destas tinham fatores de risco predisponentes para ocorrência da síndrome. Observou-se ainda que os casos da síndrome e sua complicação a eclampsia, aumentam durante os períodos frios do ano. Assim espera-se que estes resultados possam contribuir para o conhecimento dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, sobre a realidade constatada, para que assim ampliem sua

visão sobre os cuidados a saúde da gestante, passando a compreender o perfil socioeconômico das que estão mais expostas a SHG e os fatores de risco para tal, uma vez que isso ocorrendo em tempo hábil, poderá contribuir para a redução da mortalidade materna e fetal decorrente da presença dessa síndrome.

Palavras-chave: Gestação de alto risco. Eclampsia. Sazonalidade.

ABSTRACT

With the large number of maternal and perinatal deaths related to the occurrence of hypertensive syndromes registered throughout the country, became interested in knowing the gynecological history and socio-demographic of the women affected by this syndrome. Thus this study aimed to trace the epidemiological profile of women affected by gestational hypertensive syndrome in Picos-PI. It is a documental study with a quantitative approach, and cross-section, approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí. We analyzed 203 pregnant women of records received at the county referral hospital between the years 2009-2013, with an initial diagnosis of Gestational Hypertensive Syndromes (SHG), Preeclampsia and Eclampsia. Data collection was conducted through a form prescribed by the author, which contained questions regarding sociodemographic aspects and gynecological and obstetrical, the data were tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. Much of the pregnant women studied were between 14 and 21 years of age (37.9%) had completed high school in full (49.3%) if autodeclaravam brown (84.2%), and living in neighborhoods located on the outskirts of the city (51.3%). As for marital status, prevailed married and marriage (63.6%), exercising the profession of peasant (36.5%). The case of predisposing risk factors for the syndrome, it was found that 75.9% of pregnant women had one or more risk factors, and the most frequent were Firstness (67%), previous on board (10.8%) , maternal age > 35 years (7.9%), maternal age <15 years (5.9%) and twin pregnancy (1.5%). It was also evaluated the monthly incidence of SHG, noting that this is more present during the cold period of the year, since there was a greater number of cases during the months of March (11.3%), April (10.3%) , June (9.9%) and July (10.3%). It sought to further analyze the incidence of eclampsia alone, realizing that this also occurs during the months with low temperatures, as follows: February, March, April, May, June and July, totaling 11 cases. Thus, according to the results presented it is concluded that the study objectives were achieved, being shown that women most affected by the SHGs are young people who reside in the periphery and have a steady partner. Also it was observed that more than half of these had predisposing risk factors for the occurrence of the syndrome. It was also observed that the cases of the syndrome and its complications eclampsia, increase during the cold periods of the year. Thus it is expected that these results will contribute to the knowledge of health professionals, especially nurses, on the observed reality, so that expand their vision of the care the health of the pregnant woman, going to understand the socioeconomic profile of who are more exposed to SHG and risk factors such

as this occurring in a timely manner, can contribute to the reduction of maternal and fetal mortality due to the presence of this syndrome.

Keywords: High risk pregnancy. Eclampsia. Seasonality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados socioeconômicos e demográficos de gestantes com Síndromes Hipertensivas atendidas em um Hospital Público. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	29
Tabela 2. Principais fatores de risco associados a Síndrome Hipertensiva Gestacional, presentes nas gestantes. Picos-PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Porcentagem de gestantes com fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome Hipertensiva Gestacional. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	31
Gráfico 2.	Porcentagens referente a distribuição de casos de Síndrome Hipertensiva gestacional entre os meses do ano. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	33
Gráfico 3.	Número de casos de eclampsia distribuídos entre os meses do ano. Picos-PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alterações Cardiovasculares
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DNV	Declaração de Nascido Vivo
GAR	Gestação de Alto Risco
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério de Saúde
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
SHG	Síndrome Hipertensiva Gestacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVB	Ultravioleta
UFPI	Universidade Federal do Piauí
ViD	Vitamina D

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
2.	OBJETIVOS.....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Gestação.....	20
3.2	Intercorrências durante a gestação.....	21
4.	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local e período de realização	25
4.3	População e amostra	26
4.4	Coleta de dados.....	26
4.4.1	Variáveis relacionadas aos dados sócio-demográfico.....	26
4.4.2	Variáveis relacionadas as condições gineco-obstétricas.	27
4.5	Análise de dados	27
4.6	Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	28
5.	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	29
5.1	Características sócio-demográficas das gestantes.....	29
5.2	Fatores de risco associados a síndrome hipertensiva gestacional.....	31
5.3	Meses do ano em que houve maior número de casos de síndrome hipertensiva gestacional.....	32
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	35
6.1	Características sócio-demográficas das gestantes.....	35
6.2	Fatores de risco associados a síndrome hipertensiva gestacional.....	40
6.3	Meses do ano em que houve maior número de casos da síndrome hipertensiva gestacional e eclampsia.....	46
7.	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICES	59
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
	APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	61

ANEXOS.....	62
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	63
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA	64
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	65

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é marcado por diversas modificações no organismo da mulher, sejam elas físicas, hormonais ou mesmo emocionais, as quais fazem parte do processo fisiológico normal da gravidez. No entanto apesar da maioria das gestações transcursarem sem intercorrências, uma parcela das gestantes podem apresentar complicações que implicam em potencial de risco elevado chegando a comprometer o binômio mãe – filho. Neste momento a gestação passa a necessitar de mais atenção, uma vez que pode chegar a ser de alto risco, demandando, uma assistência de caráter multidisciplinar.

Nesse contexto, o Ministério de Saúde (MS) (2010), definiu Gestação de Alto Risco (GAR) como aquela em que a saúde, ou até mesmo a vida da mãe, concepto, ou recém-nascido tem maior risco de ser afetada do que o restante da população estimada.

Para o desencadeamento de uma GAR, existem várias complicações que podem surgir, como hemorragias, mola hidatiforme, aborto e os distúrbios hipertensivos que se destacam entre todas existentes e têm sido discutidos globalmente, em especial nos países em desenvolvimento, por serem a principal causa de morte materna e fetal (BRASIL, 2013).

Dentre estes distúrbios tem-se a Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG) que é conceituada como uma desordem em vários sistemas do corpo, que surge geralmente a partir da 20ª semana de gestação, constituindo-se como uma manifestação clínica e laboratorial que compreende a tríade: proteinúria e hipertensão, que desaparecem até 12 semanas após o parto (BRASIL, 2010).

Existem várias classificações descritas para a síndrome em questão, uma delas é a do Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, que a divide em categorias, sendo as principais, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (BRASIL, 2010).

A SHG complica em cerca de 2% a 8% das gestações em todo o mundo, resultando em taxa de mortalidade elevada (DULEY, 2009). Desta forma representam um abuso aos direitos das mulheres, pois é comprovado que pode ser evitável em 92%, dos casos, quando se tem um adequado atendimento durante o pré-natal, ai incluindo-se a identificação dos fatores de riscos e o seu acompanhamento (BRASIL, 2007; AGUIAR, 2014).

Segundo o DATASUS (2013), dentre os óbitos maternos por tipo de causa no Brasil, a eclâmpsia ocupa lugar de destaque por representar 16,4% das 341 mortes ocorridos durante o ano de 2013, seguida pelo aborto não específico, representando 9%. Especificamente no Piauí entre os anos de 2010 e 2013 a eclâmpsia foi responsável por 13,1% das mortes maternas.

Esse alto percentual de óbitos maternos reflete as condições de vida da população, a desarticulação, a falta de ordem existente nos diversos setores da sociedade, além da péssima qualidade assistencial ofertada à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim sendo, a assistência integral e apropriada poderia ser a solução para que diminuísse esse número exorbitante de mortes maternas existentes no país.

Nesse contexto, sabe-se que o profissional de enfermagem, no âmbito da atenção básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e local onde se realiza a consulta de pré-natal, é o responsável por prestar essa assistência. Este deve fazer um acompanhamento de forma completa da gestante, buscando oferecer um serviço de qualidade voltado a prevenção de complicações que podem advir neste momento de suas vidas, pois têm conhecimento técnico-científico e são respaldados legalmente através da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

Destarte, Sousa, Rodrigues e Duarte (2013), cita que uma assistência de enfermagem durante o pré-natal apropriada é aquela focada na prevenção de complicações, já que esta é a melhor maneira de se tratar qualquer problema de saúde, dessa forma deve-se escutar a paciente de forma individualizada, buscando conhecê-la e saber quais os fatores de risco que a cerca, o que permitirá que se avalie quais as mulheres em maior risco de complicações bem como a realização de um diagnóstico precoce. Além disso o enfermeiro é o responsável por realizar aconselhamento sobre os sinais e sintomas alarmantes, uma vez que essa educação em saúde pode melhorar o estilo de vida da paciente, ajudando-a a desenvolver hábitos de vida mais saudáveis.

Partindo desse pressuposto, foi que se percebeu a necessidade de investigar mais detalhadamente a realidade local, ou seja no município de Picos, pois no ano de 2013 até julho de 2014, um dos principais motivos para a realização do parto cesáreo foi a presença da SHG, onde observou-se 304 casos de pré eclampsia sendo 4 graves, e 12 ocorrências de eclampsia (HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, 2015).

Diante desse quadro ver-se então a necessidade de se averiguar sua frequência, características sócio epidemiológicas, manifestação, como também a existência de fatores associados a síndrome supracitada. Respondendo assim à questão norteadora do estudo: qual o perfil das mulheres acometidas por síndromes hipertensivas no município de Picos-PI?

O interesse pela temática surgiu a partir da participação de uma acadêmica de enfermagem como bolsista em um projeto de extensão intitulado “Elaboração de Tecnologia Educativa para Promoção da Saúde de Gestantes”, pois durante sua vivência junto as gestantes foi possível perceber que as mesmas eram cercadas de fatores de risco que poderiam provocar

o surgimento de complicações durante esse período de suas vidas, despertando assim interesse em aprofundar-se no estudo destas, elegendo a que mais acomete as mulheres em todo o mundo, todavia mesmo assim, ainda permanece com etiologia desconhecida, a SHG.

Assim sendo, tendo em vista a problemática exposta o presente estudo busca colaborar para o estudo da doença, somando conhecimentos adquiridos, identificando e analisando os fatores de risco, para assim auxiliar os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, a realizar o reconhecimento prévio da doença. A partir dos resultados espera-se poder propiciar assistência eficaz as gestantes portadoras da síndrome, permitindo assim ações mais direcionadas a esse grupo populacional, reduzindo os efeitos nas mães e conceptos. Além disso, o estudo servirá como base para os programas de saúde na avaliação, qualificação e assistência da gravidez de alto risco.

2 OBJETIVOS:

2.1 Geral

Traçar perfil epidemiológico das mulheres acometidas por síndrome hipertensiva gestacional no município de Picos-PI.

2.2 Específicos

- Listar dados sócio-demográficos das mulheres diagnosticadas com síndrome hipertensiva gestacional.
- Identificar os fatores de risco associados a síndrome hipertensiva gestacional nas mulheres admitidas ao serviço de saúde do hospital de referência de Picos-PI.
- Avaliar a influência das estações do ano sobre a ocorrência de síndrome hipertensiva gestacional e eclampsia na cidade de Picos-PI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gestação

A gestação se constitui como um momento de grande importância na vida da mulher, compreendida a partir da fertilização até a ocorrência do parto, é caracterizada pelas mudanças emocionais e também físicas, momento em que o corpo da mulher sofre uma sequência de adaptações, as quais fazem parte do preparo para recepção do concepto (MANN et al., 2011).

Estas alterações são específicas do processo fisiológico normal da gestação e necessitam serem conhecidas para que não sejam confundidas com possíveis patologias que possam vir a surgir. Praticamente todos os sistemas sofrem modificações, dentre as principais pode-se citar as alterações hormonais, hematológicas, cardiovasculares, do sistema respiratório e por fim musculoesquelético (SILVA; TUFANIN, 2013).

As primeiras conformações que ocorrem no corpo da mulher são as hormonais, visto que durante a gravidez ocorre o surgimento de hormônios diferentes daqueles presentes durante os ciclos menstruais, entre eles se destaca a gonadotropina coriônica, que é o primeiro a ser detectado na gravidez tendo seu máximo de concentração na 8ª semana de gestação, tem-se também a somatomatotropina coriônica humana, que possui como principal função diminuir a quantidade de glicose para a mãe, e em contrapartida aumentar para o feto, além dos hormônios prolactina, relaxina e ocitocina, que possuem a função respectivamente garantir a lactação, facilitar a passagem do feto pelo canal de parto e promover as contrações uterinas (PORTAL DE EDUCAÇÃO, 2012).

Tem-se também as alterações hematológicas, entre as principais inclui-se o aumento da atividade eritropoética, pois a mulher será responsável pela sua e pela do feto, necessitando assim de suplementação. Em alguns casos mesmo em uso de ferro poderá apresentar níveis de hematócrito e hemoglobina baixos decorrentes de hemodiluição, que é o aumento do plasma em relação ao volume de eritrócitos, ou mesmo a anemia propriamente dita, onde se tem diminuição acentuada da hemoglobina, abaixo de 11%. Estudos mostram que estes casos são mais prevalentes no segundo trimestre, devido aumento do consumo pela mãe e feto e, que se constitui como um dos principais fatores relacionado a morbimortalidade infantil (GEBAUER; BERTHOLO, 2005; MARTINS, 2009).

Neste sentido pode-se citar também as Alterações Cardiovasculares (AC), sendo que a mais importante que ocorre durante a gestação é o aumento da volemia, quando o volume

sanguíneo aumenta cerca de 40 a 50% acima dos valores de referências não gravídicos. Este evento ocorre mais rapidamente no segundo trimestre, sendo de extrema importância não só para mãe como também para o feto, pois promove a hidratação dos seus tecidos, busca suprir as necessidades de perfusão sanguínea no útero, além de servir de reserva para compensação do sangue perdido durante o parto e puerpério (RICCI, 2008).

Outra importante modificação do período gestacional é no sistema respiratório, pois devido o útero se encontrar em crescimento, o diafragma em posição de repouso, acaba elevando-se 4 a 5cm acima da posição usual, em contrapartida a caixa torácica também se expande, cerca de 2 cm seu diâmetro anteroposterior e transversal, isso faz com que o movimento do diafragma aumente, o centro respiratório sofre ainda ação de hormônios como a progesterona, que o estimula, e como resultado tem-se aumento da frequência respiratória, ou seja, após determinado número de incursões respiratórias a gestante experimentará inspirações mais amplas, o que aparenta “falta de ar” durante a gravidez (LEMOS et al., 2005; PEIXOTO et al., 2004).

E por fim devido ao aumento do peso da gestante, ação dos hormônios e o crescimento do concepto o sistema musculoesquelético também sofre adaptações, as mais importantes e sem dúvida as mais difíceis de serem lidadas pela mulher são as posturais, pois para compensar o abdome que se encontra em crescimento, a coluna vertebral sofre um retrodesvio e uma extensão, isso funciona como um realinhamento da coluna que ajudará a manter o equilíbrio, já que o centro de gravidade da mulher encontra-se deslocado para frente. Além disso ocorre relaxamentos das articulações sacroilíacas que tem a finalidade de facilitar o trabalho de parto, mas que podem resultar em lombalgia (RICCI, 2008).

Vale ressaltar que todas essas modificações impostas ao organismo materno são desencadeadas pela presença do feto, quando este é expulso, ou seja após o parto, os sistemas se reestabelecem e voltam a funcionar normalmente, no entanto, estas mudanças devem ser acompanhadas durante as consultas de pré-natal afim de que a gestante se sinta amparada e orientada quanto as adaptações que iram advir sobre seus sistemas.

3.2 Intercorrências durante a gestação.

A gestação, na maioria dos casos é um momento caracterizado pela saúde da mãe e do feto, no entanto, uma parte das gestantes podem apresentar complicações, advindas de doenças preexistentes, chamadas de causas obstétricas indiretas, ou durante o decorrer da gestação, devido a uma assistência inadequada as mulheres apresentem problemas próprios do

ciclo gravídico-puerperal, que acabam por alterar o curso normal da gestação, as conhecidas causas obstétricas diretas e ainda pode-se citar as causas não obstétricas, as quais advêm de agravos ocorridos durante a gravidez, mas não têm ligação com esta. Essas intercorrências, seja de causas diretas, indiretas ou não obstétrica, quando presentes culminam com altivo risco de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2007; CARVALHO et al., 2014).

Em países que se encontram em desenvolvimento, como o Brasil, as mulheres são mais acometidas por causas obstétricas diretas, sendo as Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) as que possuem maior incidência e prevalência, instituindo-se como a primeira causa de morte materna no país (LEITE et al., 2011; MATIAS et al., 2009).

As síndromes hipertensivas apesar de terem se tornado um problema de saúde pública ainda permanecem com etiologia desconhecida, no geral são caracterizadas pela presença de hipertensão seguida de proteinúria, estes sinais surgem geralmente após a vigésima semana de gestação (SOARES et al., 2009; LACERDA; MOREIRA, 2011).

Existem diversas classificações para a SHG, uma delas é a do Ministério da Saúde (MS) que a clássica em: Hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclampsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (sem proteinúria), neste estudo será enfatizando a pré-eclâmpsia e eclampsia por serem as mais prevalentes (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a pré- eclampsia é conceituada como uma doença que causa desordem multissistêmica em que há presença de hipertensão aguda em mulheres antes normotensas, mais quadro de proteinúria, surge geralmente após a vigésima semana de gestação, algumas literaturas ainda referenciam também o surgimento de edema nas mãos e face, no entanto este não é mais utilizado como discernimento de diagnóstico da patologia em questão, mesmo estando presente em muitos casos (PEIXOTO et al., 2004; BRASIL, 2013).

Vale salientar que a pré-eclâmpsia pode se apresentar de forma leve: hipertensão gestacional, quando a pressão arterial sistólica ≥ 140 e a diastólica ≥ 90 mmHg, mais proteinúria $\geq 30\text{mg}/24\text{h}$ (+1) ou grave: hipertensão gestacional, quando a pressão arterial sistólica ≥ 160 e diastólica ≥ 110 mmHg acompanhado de proteinúria $\geq 20\text{g}/24\text{h}$ (3+) além de sintomas sugestivos como dor epigástrica, cefaleia, vômitos, visão turva, Oligúria, restrição do crescimento fetal entre outros (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Essa patologia causa um estresse metabólico considerável no organismo materno que por sua vez pode induzir o aparecimento de lesão endotelial subclínica, que eventualmente evolui, ocasionando disfunção vascular permanente, essas alterações podem levar ao aparecimento de fatores de risco cardiovasculares, como placas arterioscleróticas, aumento do tônus vasculares e estado pró-coagulante. Por este motivo já foram desenvolvidos estudos

relacionando a pré-eclâmpsia com o surgimento tardio de doenças cardiovasculares (GALVÃO, 2013).

Tem-se também a eclampsia que é o agravamento da pré-eclâmpsia, ou seja, quando a gestante apresenta além dos sinais supracitados, quadro convulsivo, que não estejam associados a outras patologias, estes episódios podem ocorrer durante a gestação, geralmente após a 20ª semana, no momento do parto ou mesmo imediatamente após (BRASIL, 2010).

A eclampsia é um quadro grave de evolução insidiosa, por este motivo se encontra entre as complicações maternas mais relevantes, possui distribuição universal e é considerada uma intercorrência emergencial (NOVO; GIANINI, 2010).

Isto é comprovado através do estudo de Moura (2010) que afirma que os distúrbios hipertensivos atingem cerca de 12% a 22% das gestações em todo o país, o mesmo autor ainda constata que a eclampsia se tornou uma das principais causas de morte materna, isso do mesmo modo é evidenciado por Botelho et al. (2014) o qual ratifica que em alguns estados, como o Pará, 70% dos óbitos maternos ocorrido durante os anos de 2006 a 2010 foram decorrentes da presença de eclampsia, e 15,9% de pré-eclâmpsia.

Tendo melhorado o entendimento sobre seus sinais e sintomas e a grandeza do problema de saúde o qual está patologia se constitui, é importante destacar quais os fatores que são cruciais para o surgimento das SHG, entre eles podem-se citar a raça, primariedade, gestação gemelar, nível socioeconômico, mola hidatiforme, Diabetes Mellitus (DM), estado emocional e hipertensão arterial crônica, baixa escolaridade e história familiar/pessoal de pré-eclâmpsia/eclampsia. Outros estudos realizados traz a raça branca, idade materna superior a 30 anos e mulheres obesas como mais propensa ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia (QUEIROZ, 2014; AMADEI; MERINO, 2010).

Estudos também evidenciam que a SHG pode acarretar complicações maternas e perinatais, tais como prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, óbito fetal intrauterino, descolamento prematuro da placenta, aumento significativo nas chances de ocorrer parto cesariana, complicações vasculares, pulmonares e cardíacas na mulher, além do elevado índice de mortalidade materna relacionada a patologia (HENRIQUE et al., 2012).

Estas condições apresentadas, necessitam de efetiva assistência pré-natal que deve ser concretizada o mais cedo possível, uma vez que se assim ocorrer existem grandes chances de realizar uma efetiva prevenção de tais complicações, por este motivo o ideal é que se inicie no primeiro trimestre, por uma equipe multiprofissional para que haja o diagnóstico precoce, permitindo assim um atendimento holístico, que se necessário deve ser complementado pela

atenção secundária afim de diminuir a morbiletalidade materna e fetal (HENRIQUE et al., 2012; LIMA; PAIVA; AMORIM, 2010).

4 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Perfil epidemiológico de mulheres acometidas por eclampsia na macrorregião de Picos-PI.”

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa, e corte transversal. Segundo Gil (2011) este tipo de pesquisa usa informações contidas em matérias como documentos oficiais, cartas, filmes, entre outros, que ainda não tenham sido analisados anteriormente.

Quanto ao tipo de abordagem, a quantitativa, esta é caracterizada por empregar a quantificação no momento da coleta de dados, bem como na análise destes, através de técnicas estatísticas, das mais simples, as mais complexas. É bastante utilizada quando se deseja garantir precisão nos resultados, evitando distorções durante a interpretação, o que garante maior segurança quanto a possíveis induções (RICHARDSON et al., 2007).

Polit e Becek (2011) afirmam que nos estudos transversais a coleta de dados é realizada em um único espaço de tempo, não existindo período de seguimento dos indivíduos estudados, desta forma são apropriados para descrever a situação de um fenômeno ou estudar um acontecimento em relação a um ponto fixo.

Estes estudos são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Deste modo, são de grande valia por contemplar a finalidade do estudo, pois esclarece a problemática e defini resultados através da investigação realizada.

4.2 Local e período de realização

O estudo foi realizado no período de março a novembro de 2015 em um hospital público do município de Picos, no estado do Piauí. O estabelecimento de saúde em questão, possui médio porte, sendo caracterizado por realizar atendimentos gerais de média complexidade, financiados pelo SUS, segundo dados que constam no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), seu espaço físico é composto por 133 leitos distribuídos na área de clínica médica, obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, ainda, conforme informações

da gerencia, o mesmo passa por um processo de ampliação com a construção da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no entanto atualmente possui apenas uma semi-intensiva que se encontra inativada devido as obras. Tem fluxo de clientela com atendimento de demanda espontânea, atende Picos e a macrorregião do Guaribas, da qual fazem parte 42 municípios (HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, 2015).

Este serviço foi escolhido por ser ponto de referência para Picos e macrorregião, sendo o principal local de atendimento médico da população. Por este motivo, possui a maior demanda para realização de partos, oferecendo um maior suporte para a pesquisa.

4.3 População e amostra

Para a construção da pesquisa houve um levantamento de todos os prontuários das gestantes que foram admitidas para realização do parto no referido hospital durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, totalizando em média 700 prontuários.

As avaliações clínicas apresentadas no prontuário foram utilizados como critério de inclusão: diagnóstico médico de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou SHG, pressão arterial $> 140 \times 90$ mmHg, prescrição médica para uso de anti-hipertensivo e sulfato de magnésio. Como critério de exclusão adotou-se, a ilegibilidade do prontuário e não trazer anexado a Declaração de Nascido Vivo (DNV), pois sem esse documento grande parte das questões do formulário não poderiam ser respondidas. Após a aplicação destes critérios supracitados a amostra foi composta por 203 prontuários.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a junho de 2015, na sala de arquivo morto, local onde os prontuários ficam arquivados. Estes documentos ficam sob a responsabilidade dos profissionais que trabalham no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME). Para a transcrição das informações foi utilizado um formulário estruturado, elaborado pela autora. Neste são abordadas as variáveis referentes aos dados sócio-demográfico e condições gineco-obstétricas da paciente (APÊNDICE A).

4.4.1 Variáveis relacionadas aos dados sociodemográfico.

Data da admissão: Foi considerada o dia, mês e ano que ocorreu a internação.

Idade: Foi considerada em anos completos desde a data do nascimento até o momento da admissão.

Escolaridade: Foi respeitado os anos de estudo que a paciente referiu possuir até o momento que deu entrada no hospital, a saber: Analfabeta, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo ou que não houvesse a informação no prontuário.

Bairro de procedência: Seu endereço foi anotado segundo constava no registro.

Cor: Foi considerada a cor que a mulher se autodeclarou no momento da admissão, a saber: negra; branca; amarela, parda ou indígena.

Estado Civil: Foi respeitada a condição de ser solteira; casada; viúva; divorciada, comunhão livre, união estável ou sem informação.

Religião: Qualquer sistema específico de crença, culto, conduta, que seria seguida pela mulher, classificada em: Católica; evangélica, outra religião ou não conter a informação.

Profissão: Foram levadas em consideração a ocupação verbalizada pela mulher no momento da admissão.

4.4.2 Variáveis relacionadas as condições gineco-obstétricas.

Diagnóstico médico: Diagnosticada com pré-eclâmpsia, eclampsia ou SHG.

Número de gestações: Tendo como opção, primigesta, secundigesta, multigesta ou sem informação.

Grau de paridade: Possuindo como opção, primípara, secundípara, múltípara ou sem informação.

Fatores de risco associados a SHG: Fatores citados no prontuário que eram considerados como de risco para o desenvolvimento da síndrome, a saber: Primariedade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclampsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade, IMC > 25,8, idade materna maior do que 35 anos, idade inferior a 15 anos, aborto prévio, ganho excessivo de peso.

4.5 Análise de dados

Os dados foram tabulados e analisado no software Statistical Package For The Social Science (IBM SPSS) versão 20.0, os resultados foram apresentados através de tabelas e

gráficos para melhor compreensão dos mesmos e analisados de acordo com a literatura pertinente, buscando confrontar o resultado com os de outros estudos existentes.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Este estudo foi realizado utilizando dados secundários armazenados em prontuários. Por este motivo a autora assinou o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B) junto ao SAME para que a mesma tivesse acesso às informações constantes nos prontuários. Devido à impossibilidade do paciente ou acompanhante expressar o seu consentimento, para a realização da pesquisa, foi solicitado que o coordenador administrativo e financeiro do hospital, assinasse a Autorização Institucional (ANEXO A) e o Termo de Anuência (ANEXO B).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob o número do parecer: 542.712 (ANEXO C), conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o qual define os critérios de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa terá como benefício ampliar o conhecimento científico acerca do assunto estudado, melhorar a assistência durante o pré-natal por apontar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da SHG, e como risco mínimo, de constrangimento, já que a pesquisadora teve acesso ao nome das pacientes e estas poderão ser identificadas posteriormente.

No entanto, vale ressaltar que os dados pessoais obtidos nessa pesquisa não serão divulgados a fim de permitir a individualização dos pacientes seu uso será restrito aos objetivos do projeto. Estes serão disponibilizados no banco de dados apenas para fins acadêmicos, preservando o anonimato e confidencialidade, tendo em vista as informações serem restritamente pessoais que possam ser identificadas em cada prontuário respeitando os preceitos éticos da pesquisa.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente estudo foi realizado após a apreciação de 203 prontuários de gestantes admitidas em um hospital público de referência da região. Os dados coletados foram analisados visando descrever as condições sócio-demográficas, destas mulheres, bem como os fatores de risco presentes para o desenvolvimento da Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) e os períodos de maior incidência durante o ano. Estes são apresentados por meio de gráficos e tabelas.

5.1 Características sociodemográficas das gestantes

Com a finalidade de apresentar as características das participantes envolvidas na pesquisa, utilizou-se as variáveis referentes à caracterização socioeconômica e demográfica descritas na metodologia do estudo. Esses dados estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos de gestantes com Síndromes Hipertensivas atendidas em um Hospital Público. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Variáveis n = (203)	N	%	
Idade (em anos)			Média = ± 24,49
14-21	77	37,9	DP = 6,5
22-28	67	33,0	Mediana = 23,0
29-35	50	24,6	
36-42	9	4,5	
Escolaridade			
Ens. Fund. Incompleto	47	23,2	
Ens. Fund. Completo	21	10,3	
Ens. Méd. Incompleto	33	16,3	
Ens. Méd. Completo	67	33,0	
Ens. Sup. Incompleto	7	3,4	
Ens. Sup. Completo	15	7,4	
Sem Informação	13	6,4	
Cor			
Parda	171	84,2	
Preta	10	4,9	
Amarela	2	1,0	
Branca	20	9,9	
Bairros			
Aerolândia	14	6,9	
Centro	21	10,3	
Junco	12	5,9	
Morada do Sol	14	6,9	
Parque de Exposição	10	4,9	(Continua)

São José	10	4,9	(Continuação)
Outros	104	51,3	
Sem endereço	18	8,9	
Situação Conjugal			
Solteira	71	35,0	
Casada	99	48,8	
União Estável	30	14,8	
Sem informação	3	1,4	
Profissão			
Lavradora	74	36,5	
Do lar	46	22,7	
Professora	10	4,9	
Estudante	15	7,4	
Doméstica	16	7,9	
Outros	30	14,7	
Sem informação	12	5,9	
Religião			
Católica	52	25,6	
Outras	7	3,4	
Sem informação	144	70,9	

FONTE: Comunicação pessoal

Dentre os prontuários analisados pode-se verificar que a idade das gestantes acometidas pela síndrome variou de 14 a 42 anos, sendo a idade média \pm 24,49 anos, com um desvio padrão de 6,5; valendo ressaltar que grande parte das gestantes estavam entre 14 e 21 anos de idade, (37,9%).

No que diz respeito a escolaridade, 49,3% das gestantes investigadas referiram no momento da admissão ter cursado o ensino médio, destas apenas 33% haviam cursado completamente, no entanto 23,2% não concluíram nem o fundamental, observou-se também que em 6,4% dos prontuários, não constava essa informação.

Em relação a cor da pele, as gestantes em sua maioria se auto declaravam pardas (84,2%), seguidas pelas brancas, preta e amarela. Ao analisar os prontuários identificou-se em relação a procedência da gestante, que algumas moravam no centro da cidade (10,3%), no entanto pôde-se notar que 51,3% das que deram entrada neste período do estudo, moravam, distribuídas em bairros do interior de Picos, apesar de terem sido encontrados 8,9% dos prontuários sem anotação do bairro de moradia das pacientes.

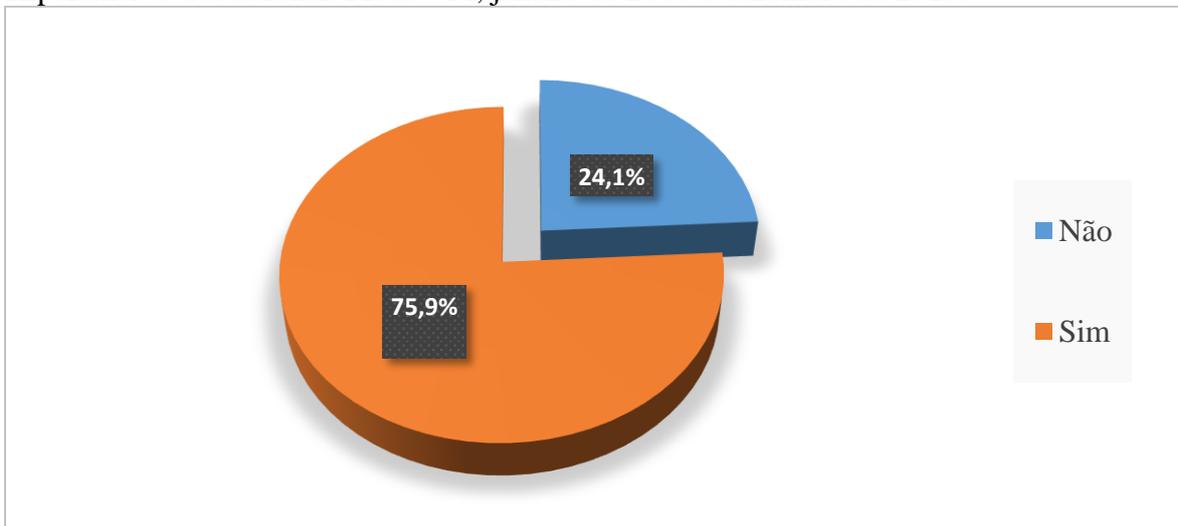
O estudo revelou que 48,8% eram casadas, outras 35% solteiras, de tal modo se somarmos as casadas com as que tinham união estável observa-se que esse percentual sobe para 63,6%. No que se refere a variável profissão, grande parte das mulheres eram lavradoras (36,5%), seguida pelas que exerciam atividades no lar (22,7%), sendo que 5,9% dos prontuários

averiguados não possuíam essa informação. No que se refere a religião destas mulheres, 25,6% eram católicas, contudo vale destacar que 70,9% dos prontuários não tinham essa informação registrada.

5.2 Fatores de risco associados a síndrome hipertensiva gestacional

Conforme um dos os objetivos da pesquisa, buscou-se examinar à presença de fatores de risco, para o desenvolvimento de SHG, presentes nas gestantes admitidas no hospital descrito na metodologia, estes estão expostos através de gráficos e tabelas.

Gráfico 1- Porcentagem de gestantes com fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome Hipertensiva Gestacional. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.



FONTE: Comunicação pessoal

Pode-se observar que 75,9% das mulheres estudadas possuíam algum agravante que as predisporia a SHG, os demais (24,1%) não foram encontrados registro nos prontuários, conforme demonstrado no Gráfico 1 acima.

Os principais fatores que podem ter contribuído para que essas mulheres apresentasse as síndromes hipertensivas durante a gravidez estão detalhados na Tabela 2 logo abaixo:

Tabela 2. Principais fatores de risco associados a Síndrome Hipertensiva Gestacional, presentes nas gestantes. Picos-PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Variáveis n = (203)	N	%
Primariedade		
Não	67	33,0%
Sim	136	67,0%

(Continua)

Diabetes Mellitus			(Continuação)
Não	202	99,5%	
Sim	01	0,5%	
Gestação gemelar			
Não	200	98,5%	
Sim	03	1,5%	
Hipertensão arterial crônica			
Não	202	99,5%	
Sim	01	0,5%	
Idade materna \geq 35 anos			
Não	187	92,1%	
Sim	16	7,9%	
Idade materna \leq 15 anos			
Não	191	94,1%	
Sim	12	5,9%	
Aborto prévio			
Não	181	89,2%	
Sim	22	10,8%	

FONTE: Comunicação pessoal

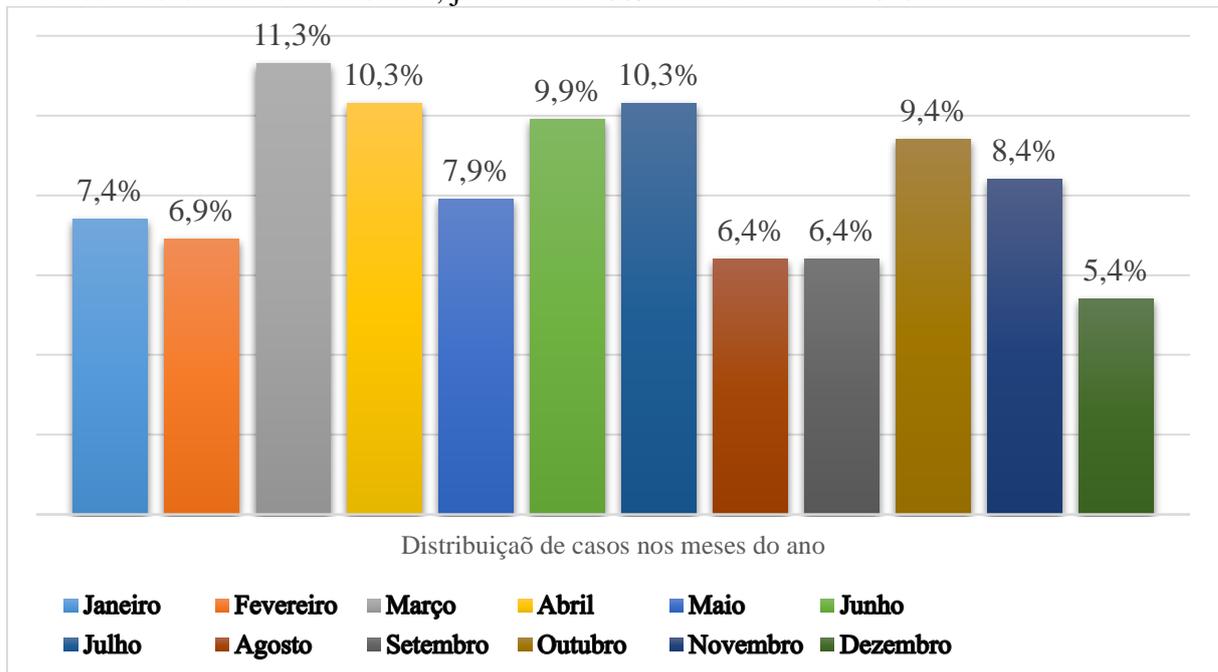
De acordo com a Tabela 2 pode-se concluir que entre os fatores de risco presentes nas gestantes investigadas, estão a primariedade (67%), seguida pelo aborto prévio (10,8%), idade materna \geq 35 anos de idade (7,9%), idade materna \leq 15 anos (5,9%) e gestação gemelar (1,5%). Vale destacar que no que se refere a variável diabetes mellitus e hipertensão arterial crônica apenas em 1% dos prontuários averiguados foi incluída essa informação.

Com relação aos demais fatores buscados, a saber, história familiar prévia de eclampsia e/ou pré-eclâmpsia, como também a informação sobre a presença de eclampsia em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, IMC $>$ 25,8, ganho excessivo de peso e nova paternidade, não foram encontrados achados nos prontuários examinados.

5.3 Meses do ano em que houve maior número de casos de síndrome hipertensiva gestacional.

Foi avaliada a incidência mensal da síndrome hipertensiva gestacional, conforme é disposto no Gráfico 2 mostrado a seguir:

Gráfico 2- Porcentagens referente a distribuição de casos de síndrome hipertensiva gestacional entre os meses do ano. Picos – PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

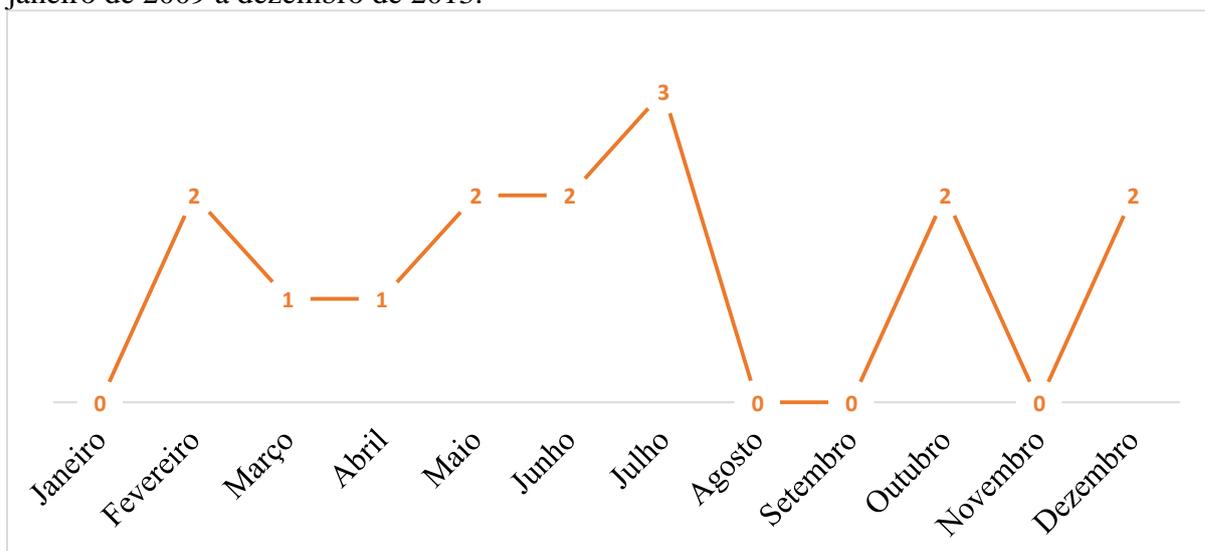


FONTE: Comunicação pessoal

Após análise pôde-se perceber que os meses em que houveram maior número de casos foram os de março (11,3%), abril (10,3%), junho (9,9%) e julho (10,3%) enquanto que os meses de dezembro apresentaram baixa incidência da síndrome em questão, 5,4% apenas.

Além disso buscou-se analisar a incidência de eclampsia isoladamente conforme mostra o gráfico 3 a seguir:

Gráfico 3 - Número de casos de eclampsia distribuídos entre os meses do ano. Picos-PI, janeiro de 2009 a dezembro de 2013.



FONTE: Comunicação pessoal

Pôde-se notar que os meses em que houve maior ocorrência de casos de eclampsia foram os de fevereiro, março, abril, maio, junho e julho, totalizando 11 casos, enquanto que em outubro e dezembro ocorreram apenas 4 casos.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas das gestantes

Os resultados verificados no presente estudo dão conta que a idade entre as gestantes portadoras de SHG variou de 14 a 42 anos. Isso mostra que essas gestantes encontravam-se nos extremos da idade, o que é preocupante pois segundo Moura (2010), um dos fatores categóricos para a ocorrência de complicações durante a gestação é sem dúvida a idade materna, pois a gestação que ocorre em idade avançada ou em mulheres muito jovens, são consideradas um risco para o desenvolvimento de SHG.

Diante disso, após a análise da amostra, percebeu-se uma maior frequência em mulheres que possuíam entre 14 e 21 anos de idade (37,8%), ou seja, houve predominância em mulheres mais jovens. Acredita-se que este fato seja devido nesta faixa etária incluírem um maior número de mulheres nulíparas, jovens, com baixo nível de conhecimento sobre a maternidade, entre estas a gestação, o que muitas vezes gera conflitos familiar, podendo esses fatores levar a exposição a agravos e trazer resultados obstétricos adversos.

No entanto, em contradição ao resultado exibido pelo presente estudo, uma pesquisa realizada na região sudeste do Brasil encontrou menor incidência das síndromes em mulheres entre 15 e 19 anos de idade, sendo maior a frequência da síndrome nas mulheres com 35 anos ou mais de idade (QUEIROZ, 2014).

Esta incoerência pode estar relacionada ao baixo número de gestantes que foram investigadas (N=203) em relação ao estudo citado, que possuía amostra (N=10154), ou ao nível de educação de cada região, pois sabe-se que este se constitui como a causa base das diferenças socioeconômicas entre as regiões Nordeste e Sudeste, uma vez que a população nordestina é carente em todos os níveis de ensino (FARIAS, 2010).

Segundo Leite, Rodrigues e Fonseca (2004) o nível educacional é um dos principais fatores que contribuem para a iniciação sexual precoce e conseqüentemente gravidez, afirmando que aquelas mulheres com mais de cinco anos de estudo têm menor chances de engravidarem na adolescência, quando comparadas as que possuem ensino fundamental incompleto.

Neste sentido acreditasse que, enquanto as mulheres do Sudeste em sua maioria buscam seu equilíbrio financeiro e assim só depois tem filhos e constituem família, as mulheres nordestinas devido muitas vezes a falta de informação, de recursos, ou até mesmo de

oportunidade, logo passam a ter uma vida sexual ativa e têm filhos muito jovens, sem ter conhecimento das consequências que uma gravidez precoce pode acarretar.

Desta forma, faz-se necessário que seja desenvolvido mais estudos que busquem relacionar a SHG com a idade materna, visto que observou discrepância entre a faixa etária que há maior predominância da patologia pesquisada. É imprescindível também, que os casais sejam orientados quanto ao planejamento familiar, para que as gestações não sejam em sua maior parte nos extremos das idades e acabem por trazer complicações maternas e fetais.

Em relação ao nível de escolaridade destas gestantes, pode-se notar que a maior parte tinham cursado o ensino médio totalmente (33,0%), concordando com Melo (2009), que observou em seu estudo, realizado em Recife - PE, resultado semelhante no qual 45,5% das gestantes investigadas possuíam mais de 11 anos de estudo, ou seja, o ensino médio também havia sido cursado inteiramente, sendo este considerado um bom grau de instrução, o que leva a pressupor que as mulheres possuíam conhecimento suficiente para lidar melhor com a maternidade.

Desta forma surge um questionamento, por que estas mulheres com boa escolaridade são as mais acometidas pela síndrome? Isso pode estar relacionado a qualidade do ensino o qual estas mulheres tiveram acesso, uma vez que o ensino básico no Brasil vem sendo exaustivamente discutido nos últimos tempos, colocando em pauta a sua qualidade. Para Marchelli (2010) a facilidade do acesso da população a escola não conseguiu carrear uma boa qualidade no ensino. Outro fator que pode estar relacionado é fato dos prontuários conterem informações tortuosas, uma vez que em alguns se percebia uma contradição entre a idade da gestante e seu nível de escolaridade, estes fatos dificultam a realização de uma avaliação precisa sobre a relação de escolaridade materna e a SHG.

Ademais, outras pesquisas mostram que o baixo nível de instrução interfere no acesso às informações, como o uso de métodos contraceptivos. Em geral, estas têm difícil entendimento sobre os cuidados com a saúde, sendo que estes são pertinentes para seu autocuidado na prevenção das síndromes hipertensivas (SAMPAIO et al., 2013; SOUSA et al., 2014).

Além disso é comprovado que existe uma ligação entre a baixa escolaridade e a mortalidade materna (GONÇALVES; FERNADES; SOBRAL, 2005). Então faz-se necessário maior investimento público na educação de qualidade, visto que esta é o alicerce para mudar o perfil socioeconômico do nosso país e, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal.

Diante deste cenário faz-se necessário ressaltar que a gestação de alto risco está intimamente ligada as condições socioeconômicas desfavoráveis, pois as mulheres mais acometidas possuem baixa renda e menor grau de instrução (REZENDE; SOUZA, 2012).

Em contrapartida, Guerreiro (2014), que realizou um estudo em uma maternidade no estado do Pará, mostrou que as gestantes em sua maioria possuía apenas o ensino fundamental incompleto, sendo este resultado divergente do presente estudo, já que esse nível de escolaridade ficou em o segundo lugar (23,2%), contudo, é importante destacar que 6,4% dos prontuários averiguados não possuíam a variável referente ao grau de instrução e isso pode ter levado a uma lacuna significativa no estudo, pois não se sabe a instrução que estas mulheres possuíam.

Neste contexto socioeconômico ainda se faz importante destacar uma limitação da presente pesquisa, a variável pertinente para se saber a média da renda dessas mulheres não foi incluída no estudo, pois este dado não constava nos prontuários analisados. Esse fato impossibilita saber ao certo se a baixa renda pode estar contribuindo para a ocorrência da síndrome nestas mulheres no município, uma vez que a instabilidade financeira pode causar preocupação, dificuldade de acesso a serviços de saúde, consumo inadequado dos nutrientes necessários, entre outras coisas que contribuem para o surgimento da SHG.

Com relação a cor da pele, as gestantes em sua maioria se autodeclaravam pardas (84,2%), resultado semelhante ao encontrado no estudo de Guerreiro et al. (2014), realizado no estado do Pará sobre mortalidade materna relacionada a SHG, identificando que a maioria das mulheres que foram a óbito em decorrência da síndrome também eram pardas, concordando com o estudo realizado no sudeste do Brasil, no qual Queiroz (2014), obteve o resultado que as mais acometidas também se autodeclaravam pardas/mulatas/morenas.

Neste contexto, Amadei e Merino (2010), relatam que as mulheres de raça negra são as mais propensas ao desenvolvimento da SHG do que as de raça branca. No entanto, este fato não invalida os achados dos demais estudos, pois a cor parda surgiu da mistura de raças, dentre elas a negra.

Além disso, um estudo de caso controle realizado em Goiânia-Goiás, constatou que a raça não-branca é um fator de risco para pré-eclâmpsia, afirmando que as mulheres da raça negra apresentam maior prevalência de hipertensão arterial quando conferida a branca (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

É conhecido que o Brasil é um país caracterizado pela miscigenação, o que torna difícil encontrar pessoas que não apresentem mistura de raças, assim se torna equívoco traçar a cor que apresenta maior probabilidade de surgimento a SHG. Desta forma neste estudo não se

encontrou resultado significativo ligado a cor da pele e o risco de desenvolver a síndrome em questão, pois a maioria das mulheres da região Nordeste se consideram pardas.

Relatando sobre a procedência das gestantes, pode-se perceber que mais da metade (51,3%) moravam distribuídas em bairros localizados na periferia da cidade, e apenas 10,3% residiam no centro.

Estes bairros, em sua maioria, são caracterizados por serem carentes, com falta de saneamento básico, a maioria das pessoas residentes nestes, possuem baixa renda e são locais onde existe uma alta taxa de criminalidade, além do difícil acesso aos serviços de saúde, dado este também demonstrado em um estudo realizado em Chapeco – Santa Catarina onde as gestantes mais cometidas pela SHG (33%), pertenciam também a localidade carente (FRIGO et al., 2013).

Estas condições de vida estão associadas no geral a um maior risco de desenvolvimento de complicações na gravidez, não somente surgimento de SHG, mas diversos agravos aos quais estas mulheres estão mais expostas. Essa razão deve-se a explicação para grande parte das gestantes que foram admitidas durante o período estudado serem de regiões carentes do município.

No tocante a vida conjugal, o estudo revelou que 48,8% das gestantes eram casadas, o resultado concorda com estudo realizado por Carvalho, Melo e Zimmermann, (2008) no estado de Minas Gerais, o qual afirma que a maioria das mulheres investigadas com distúrbios hipertensivos (55%) possuíam um companheiro ao seu lado, confirmado pelo estudo de Vetorre (2011) realizado no município do Rio de Janeiro, onde a maioria das gestantes com SHG, (80,2%), também tinham um companheiro fixo, resultado encontrado também por Oliveira e Graciliano (2015) em Macéio-AL, pois 52,5% das mulheres possuíam união estável.

Em contrapartida, tem-se as gestantes solteiras, Sousa et al. (2014), em sua pesquisa sobre mortalidade materna realizada no estado do Ceará, constatou que o número de mortes é elevado neste grupo, principalmente quando esses óbitos estão ligados aos distúrbios hipertensivos, outro estudo, o de Lima et al. (2012) realizado em uma maternidade escola localizada no estado Pernambuco, com o objetivo analisar as condições obstétricas de adolescentes com SHG, demonstrou que a maioria também era solteira (70,4%), e que um terço das estudadas haviam desenvolvido alguma complicação decorrente da presença da síndrome em questão.

Desta forma, compreende-se que a gestante que possui uma situação conjugal estável, com um companheiro ao lado, está menos exposta ao surgimento de complicações advindas da SHG, isso se deve ao fato da gravidez seguir de forma mais segura, quando se tem

um parceiro apoiando e compartilhando o momento, assim a gestante goza de um bem-estar psicológico que é essencial para enfrentar as síndromes hipertensivas (REZENDE; SOUZA, 2012).

Por outro lado, percebe-se que as solteiras estão mais propensas a apresentarem problemas gestacionais relacionados a SHG, essas mulheres, além de já estarem enfrentando uma gravidez de risco, em sua maioria, não têm um apoio familiar efetivo, que, somado a ausência de um parceiro, acaba gerando insegurança, medo, estresse, entre outros sentimentos negativos que acabam contribuindo para o agravamento do atual quadro, que culmina em complicações graves.

De tal modo, é válido destacar que a vida conjugal da mulher frente a gravidez é algo que deve ser investigado, já que, não possuir um companheiro fixo influencia na forma como a gestante se comporta em relação a gravidez, se constituindo como um fator de risco, independente da gestação ser desejada ou não.

No que se refere a variável profissão, grande parte das mulheres eram lavradoras (36,5%), enquanto que em 5,9% dos prontuários averiguados não possuíam essa informação.

Esta é uma variável interessante, visto que a pesquisa foi realizada com mulheres residentes em área urbana, portanto esse dado levanta um questionamento: como a maioria exercem atividades agrícolas? Esse dado leva a crer que as mulheres referem essa profissão no momento da admissão, com vista no futuro, pois mencionar ser lavrador (a) garante alguns benefícios, como a aposentadoria, já que as mulheres que exerciam atividades apenas no lar não eram reconhecidas como profissionais, tendo sido incluída essa profissão no rol de contribuições do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) apenas em 2011 através da Lei 12.470 (PANTALEÃO, 2013).

Essa lei possibilitou à dona de casa, de baixa renda, contribuir com a Previdência Social e garantir os principais benefícios previdenciários como aposentadoria por idade, 60 anos, por invalidez, auxílio-doença, pensão por morte, salário maternidade e auxílio-reclusão, exceto a aposentadoria por tempo de contribuição. No entanto, a mesma deve contribuir mensalmente com uma taxa calculada a partir do valor do salário mínimo, para ter esses direitos garantidos (PANTALEÃO, 2013).

Por essa razão acredita-se que a maioria das mulheres continuam a se ao declarar lavradora, por esperar ser mais fácil conseguir a aposentadoria, já que não é necessário a contribuição mensal e sim a comprovação mediante documentos de que o sustento familiar vem da atividade rural, além da idade ser de 55 anos.

Assim sendo, os resultados desse estudo poderiam ser bem diferente se não fossem esses pormenores abordados anteriormente, estando de acordo com outros estudos que também buscaram identificar as profissões das gestantes com SHG, como o de Cruz et al. (2009) que realizou pesquisa no interior paulista em busca de identificar o perfil social das gestantes acometidas pela síndrome, identificando que 50% das investigadas possuíam como ocupação atividades do lar, e outro realizado em Macedônia no Chile, que concluiu que as síndromes eram mais prevalentes em mulheres que eram apenas donas de casa, primíparas e com baixa escolaridade (SIVESKA; JASOVIC, 2011).

Mas é valido ressaltar que no Piauí, tem-se como uma atividade bastante comum a agricultura, enquanto em outros estados esta pratica é realizada com menos frequência, então esta é uma profissão corriqueira no nordeste brasileiro.

Com relação aos aspectos culturais, ou seja, a religião destas gestantes, em 70,9% dos portuários não foi encontrado esta informação enquanto em 25,6% constava a católica. Esse alto percentual de prontuários sem registro dificulta saber qual a religião predominante nas mulheres acometidas pela SHG.

Estudos realizado no Paraná com o objetivo de entender os significados culturais das gestantes acometidas por SHG, constatou que a maioria das gestantes (15 das 22 participantes da pesquisa) diziam serem da religião católica e referem sentir medo em relação a gravidez (MARTINS; MARTICELLI; DIEHL, 2014). Este sentimento também foi referenciado pela maioria das gestantes investigadas no estudo em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, realizado por Silva et al. (2011), onde as mulheres dizem que ao saber sobre seu estado de gravidez de alto risco o primeiro sentimento é medo.

Percebe-se na literatura que existem poucos estudos que mencionam a variável indicativa de religião quando se refere a SHG, dado importante a ser averiguado, uma vez que acreditasse que a fé seria uma das maneiras usadas por essas mulheres para enfrentar os sentimentos negativos que elas sentem frente a uma gravidez de risco. Neste contexto estudos indicam que o recorro religioso se intensifica em gestantes de alto risco devido estarem passando por problema que põem e risco a sua vida e de seu filho e fazerem parte de alguma religião as encoraja diante os riscos enfrentados na gestação (DOURADO; PELOSSO, 2007).

6.2 Fatores de risco associados a síndrome hipertensiva gestacional.

Os resultados deste estudo mostram, evidentemente, que a maioria das gestantes (75,9%), possuíam ao menos um dos fatores de risco para as SHGs. O que evidencia que a

maioria das mulheres que iniciam uma gestação já estão predispostas a o surgimento desta síndrome, possível explicação para o exorbitante número de gestantes acometidas pelos distúrbios hipertensivos.

Desse modo, entre os fatores de risco encontrados, o que mais se destacou foi a primariedade, uma vez que 67% das investigadas nunca haviam passado por trabalho de parto. Alves et al. (2014) constatou o mesmo resultado em sua pesquisa realizada no estado do Maranhão, evidenciando que 51,7% das mulheres investigadas também eram primíparas. Estudos fora do Brasil mostram resultados parecidos, em uma pesquisa realizada em Cuba, por exemplo, mais da metade das acometidas pela síndrome eram primíparas, o que levou os autores a concluir que a primariedade foi o principal fator de risco para o surgimento da síndrome entre as investigadas, pois 60,7% iriam passar pelo primeiro parto (PALACIO; BOTELL, 2010).

É importante lembrar que existem alguns fatores que torna as gestantes mais susceptíveis a SHG, entre eles pode-se destacar hipertensão arterial crônica e diabetes mellitus pré-existentes, etnia, história familiar de pré eclampsia prévia, IMC elevado, nuliparidade e obesidade são alguns dos citados na literatura (CAVALLI et al., 2009; DALMÁZ et al., 2011).

Portanto, este já era um resultado esperado, visto que além de estar entre os fatores já citados na literatura para o desenvolvimento de SHG, ainda existem estudos que confirmam que as primíparas têm maiores chances, cerca de seis a oito vezes, de desenvolver distúrbios hipertensivos e apresentarem suas complicações durante a gestação, do que mulheres que já tiveram gestações anteriores, tanto que a SHG é considerada uma patologia da primeira gravidez, aproximadamente 6% das mulheres que nunca tiveram parto são acometidas pela síndrome em questão, demonstrando dessa forma uma alta taxa de incidência neste grupo (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005; DALMÁZ et al., 2011; BRANDÃO et al., 2010).

No que refere a variável aborto foi possível constatar que parte das mulheres estudadas (10,8%) já haviam apresentado algum episódio anteriormente, o achado coincide com um estudo realizado em Minas Gerais, no qual 10,4% das gestantes com SHG investigadas já tinham histórico de aborto (CARVALHO; MELO; ZIMMERMANN, 2008). Estes percentuais são relativamente baixos quando comparados a estudo realizado por Xavier et al. (2013) na cidade do Rio de Janeiro, onde 45,8% das mulheres já tinham passado por algum tipo de aborto, fosse este espontâneo, habitual ou realizado em condições inseguras.

Desta forma o aborto foi uma variável interessante no presente estudo, pois foi relativamente baixo o número de mulheres com histórico prévio, em vista que existem estudos

demonstrando que entre as principais intercorrências gestacionais relacionadas ao aborto estão as SHGs (SAUNDERS et al., 2009).

Talvez esse resultado seja explicado pelo fato de grande parte das acometidas fossem jovens, como já mencionado anteriormente, estas estariam no início da vida reprodutiva, como também pode estar ligado a falta de registro, já que isso foi algo percebido durante toda a coleta de dados, a ausência de informações que nos permitisse realizar a análise detalhada dos fatores de riscos presentes nestas mulheres.

Outro risco analisado foi a idade materna, verificando que 7,9% das gestantes investigadas, tinha 35 anos de idade ou mais, tais resultados confirmam os achados de outros estudos, como o realizado por Santos et al. (2009) no estado do Maranhão, o autor na busca de analisar a associação entre idade materna, resultados perinatais e via de parto, identificou que mulheres com idade superior a 35 anos apresentaram quatro vezes mais risco de desenvolver complicações gestacionais como a pré-eclâmpsia, igual implicação foi encontrada em um estudo realizado em Maceió-AL, uma vez que a pesquisa demonstrou que o risco de desenvolver SHG aumenta com a idade (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

Segundo Wang et al. (2011) as mulheres que estão nesta faixa etária, são consideradas de idade avançada para gravidez, constituindo um grupo mais susceptível a ocorrência de complicações como a pré eclâmpsia, hemorragia após o parto, placenta prévia entre outras tantas intercorrências que podem leva-las a morte.

Destarte é sabido que o quanto mais avançada a idade da mulher maior o risco de mortalidade materna, sobretudo em países considerados em desenvolvimento como o Brasil, já que existe uma certa deficiência nos sistemas de saúde e conseqüentemente na atenção à saúde da mulher (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Assim, no presente estudo foi possível constatar que a idade da gestante foi um dos fatores que pode ter levado ao surgimento da SHG. Alguns autores expõem que a ocorrência dessa síndrome em mulheres acima de 35 anos é possivelmente decorrente de um progressivo dano epitelial que advém do processo de envelhecimento corporal (BAZAGA et al., 2009).

Portanto diante do exposto, é aconselhável que seja realizado uma educação em saúde com mulheres nesta faixa etária que desejem engravidar, afim de que saibam os riscos que estão correndo durante a gestação, bem como chamar a atenção dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro sobre a forma que deve ser conduzido o pré natal destas gestantes, uma vez que o MS (2010) considera que gestantes acima de 35 anos possuem um risco gestacional e necessita de uma atenção diferenciada durante a assistência a elas fornecida.

Em contrapartida tem-se as gestantes adolescentes sendo este um grupo que merece destaque no presente estudo, pois entre as investigadas 5,9% possuíam idade \leq a 15 anos. Esses dados corroboram com o trabalho realizado por Magalhães et al. (2006) no estado do Ceará, onde o mesmo observou disposição aumentada para pré-eclâmpsia e eclampsia em gestantes com idade materna menor.

De acordo com Gravena et al. (2013) mulheres com idade entre 15 e 19 anos estão duas vezes mais predispostas a complicações decorrentes da gravidez, do que as mulheres já adultas.

No entanto há autores que não concordam com o supracitado, é o caso de Santos et al. (2009) que em seu estudo, realizado no estado do Maranhão, encontrou um menor risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia entre as gestantes jovens, desse modo, afirma que a adolescência se apresenta como um fator de proteção contra as SHGs.

Apesar dessa notória discórdia entre os autores quanto a idade materna menor se constituir ou não como um fator de risco para a SHG, a idade \leq 15 anos foi considerada de risco para as gestantes do município, levando em conta que a gestação nesta faixa etária acontece em um organismo ainda em desenvolvimento tanto físico quanto emocional (MARTINS et al., 2011).

Além disso em muitos casos a jovem não se encontra preparada para enfrentar a maternidade, que acabará mudando a sua vida por completo, grande parte não tem um companheiro ao seu lado, a gravidez nesta idade em algumas famílias, gera conflitos, em consequência disso acabam por não terem apoio de seus parentes, o que origina múltiplos sentimentos negativos como estresse, preocupação e medo, tem-se também o fato de que uma parcela destas jovens não conseguem mais conciliar os estudos, diminuindo suas chances de entrar no mercado de trabalho, de tal modo é provável que tenham uma condição socioeconômica desfavorável.

Diante deste cenário é incontestavelmente importante que se seja realizada uma adequada assistência durante o pré-natal, onde o enfermeiro deve estar atento para identificação dos sinais e sintomas de surgimento da SHG, realizando um apropriado acompanhamento da gestante que permitirá a identificação daquelas de alto risco previamente reduzindo assim as complicações maternas e fetais.

Outra variável a ser analisada no presente estudo foi o tipo da gravidez, se era única ou múltipla, nesta pesquisa foi observado que apenas 1,5% das investigadas possuíam gestação gemelar, resultado parecido foi encontrado no estudo realizado em uma Maternidade Escola

localizada no estado do Ceará, neste 1,3% das investigadas tinham como fator de risco a gemelaridade (HERCULANO, 2010).

Diante destes dados vale mencionar que segundo a literatura examinada, a gestação múltipla é um dos fatores que aumenta as chances de aparecimento de complicações no ciclo gravídico-puerperal, entre as quais pode-se citar a hipertensão arterial (GUERREIRO et al., 2014; MOURA et al., 2010; SAMPAIO et al., 2013; SOUZA; DUBIELA; JÚNIOR, 2010).

Neste contexto Ramos e Cuman (2009) ainda explicam que somente em ter a presença de mais de um feto no útero já é o suficiente para elevar as chances de hipertensão arterial, nascimento de RN prematuro entre outras complicações.

Assim, é válido citar que na literatura estudada apenas uma única pesquisa realizada em uma maternidade no município de Goiânia-Goiás identificou que a gemelaridade não se estabeleceu como um fator de risco entre as participantes da pesquisa (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Desta forma fica claro que a gestação gemelar se institui como um risco para o surgimento de SHG, advertindo que esse tipo de gestação por si só, já necessita de cuidados especiais e quando associados a SHG pode aumentar as chances de morte materna e fetal.

A respeito da variável alusiva a gestante possuir ou não diabetes mellitus, em apenas 0,5% prontuário incluía essa informação, igual resultado quanto a presença de hipertensão arterial crônica, somente 0,5% registro foi encontrado sobre esse dado. Apesar de estes serem fatores apontados como contribuintes para o surgimento das SHGs (BRASIL, 2010; BORTOLI; SILVA; ALMEIDA, 2014; MOURA et al., 2010), diante do achado não foi possível averiguar se estes seriam fatores de risco prevalente nas gestantes do município, uma vez que pôde-se perceber a escassez de registros.

Sobre a história familiar prévia de eclampsia e/ou pré-eclâmpsia, como também a informação sobre a presença de eclampsia em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, IMC > 25,8, ganho excessivo de peso e nova paternidade, não foram encontrados achados nos prontuários averiguados, acreditasse que isso se deva a um preenchimento incompleto dos mesmos, que impossibilitou realizar uma análise detalhada de todos os fatores de risco, sendo esta uma limitação do presente estudo.

De tal modo surge uma certa preocupação, já que pressupõe que os profissionais que acolheram estas mulheres após a admissão no hospital, não tinham conhecimento sobre sua história familiar e ginecológica, bem como os possíveis riscos os quais as mesmas estavam expostas durante o parto, sendo este um fato preocupante, pois, a assistência adequada fica

impossibilitada quando os profissionais não têm o conhecimento completo sobre a história de saúde dos pacientes.

Diante deste cenário se faz necessário adoção de medidas que garantam informações mais completas, uma delas seria anexar uma cópia do cartão da gestante ao seu prontuário, uma vez que este documento além de permitir um conhecimento mais aprofundado do estado de saúde da gestante, ainda abona a possibilidade de avaliar os fatores de risco durante o parto, desta forma, seria essencial que os profissionais responsáveis pelo cuidar a partir do momento da admissão, tivessem conhecimento das informações contidas em tal documento, pois isso os permitiria conhecer e tratar as gestantes segundo as suas peculiaridades. Outra sugestão seria fornecer aos profissionais um formulário estruturado, com locais específicos para anotações de tais informações sobre a paciente, este seria anexado ao prontuário, assim toda a equipe de saúde teria acesso aos dados da gestante.

Mas além disso é válido ressaltar que os profissionais da saúde, devem ter compromisso como seus deveres, e registrar as informações pertinentes para o cuidado nos seus devidos locais, porque foi percebido um incompleto preenchimento dos dados nos prontuários, em muitos casos mesmo havendo espaço e local apropriado, a informação não constava no prontuário, desta forma se faz necessário a sensibilizações deste profissionais, uma vez que um completo preenchimento é essencial pois os possibilita ter um conhecimento completo sobre os casos das pacientes, e assim auxilia na prevenção de possíveis erros que podem ocorrer durante a assistência por falta de conhecimento sobre a vida da gestante.

Tomada essas precauções que de modo geral, são simples e fáceis de serem cumpridas, haverá não só uma melhor qualidade no cuidado a gestante, mas também garantirá a futuras pesquisas uma coleta de dados mais fidedigna com melhor aproveitamento das informações e levantamentos mais concretos.

Ademias fica clara a necessidade da realização de novos estudos sobre os fatores de risco para a SHG, pois estes ainda não estão bem elucidados, havendo discordância entre os autores.

Levando ainda em consideração que a identificação dos fatores de risco nas gestantes permitirá a identificação precoce daquelas que tem maior probabilidade de desenvolver SHG, e assim possibilita um planejamento eficiente do acompanhamento durante o pré-natal com realização de consultas frequentes e uma cautelosa avaliação do bem-estar fetal, que poderá mudar o prognostico da atual das gestações.

6.3 Meses do ano em que houve maior número de casos da síndrome hipertensiva gestacional e eclampsia.

Para a discussão desses dados é válido lembrar as características climáticas do município de Picos, uma cidade localizada no Nordeste do Brasil, segundo a classificação do Koppen possui um clima semiárido e quente (SAMPAIO et al., 2011). Os meses de janeiro a julho são os que registram menor temperatura, enquanto que os de agosto a dezembro se encontram os meses mais quentes do ano (INMET, 2013).

De tal modo fica claro que houve maior incidência da SHG nos meses que compreende o período mais frio dos anos observados, durante os meses de março (11,3%), abril (10,3%), junho (9,9%) e julho (10,3%), e menor número de casos no mês mais quente, dezembro (5,4%). Este resultado se assemelha ao estudo efetivado por Melo et al. (2014) também na região nordeste, mais precisamente em Recife – PE, o qual constatou que a maioria dos casos da SHG, (21,54%), ocorreram durante o mês de agosto, que é caracterizado na região por apresentar baixas temperaturas, enquanto que em períodos mais quentes houve menor incidência da síndrome.

Assim é possível averiguar que há uma possível associação entre o clima e o surgimento das SHGs, segundo Melo et al. (2014) as baixas temperaturas estão relacionadas ao aumentando do vasoespasmó, que se constitui como uma característica da síndrome hipertensiva.

Diante desses resultados buscou-se investigar ainda se a eclampsia, forma mais grave da SHG, também possuía associação com as condições climáticas, constatando igual implicação, pois a ocorrência de casos de eclampsia foi maior entre os meses mais frios do ano, a saber, fevereiro, março, abril, maio, junho e julho, totalizando 11 casos, enquanto nos demais meses, apenas 4 casos foram registrados.

Esse resultado concorda com estudo realizado na Nigéria em busca de apurar se a sazonalidade apresentava ligação com o desenvolvimento de eclampsia, conferindo que 67,4% das gestantes investigadas haviam dado entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com o quadro de eclampsia em períodos chuvosos do ano (OKAFOR; EFETIE; EKUMANKAMA, 2009).

Corroborando com esse resultado tem-se também a pesquisa realizada em Mumbai na Índia, que buscou verificar a correlação de pré-eclâmpsia e eclampsia com as condições climáticas, concluindo que somente o surgimento da eclampsia é conexo as baixas temperaturas, uma vez que foi constatado maior número de casos apenas de eclampsia durante

os períodos mais frios, enquanto que a pré-eclâmpsia não demonstrou relação com períodos frios (SUBRAMANIAM, 2007).

Desta forma a pesquisa supracitada concorda com o nosso estudo quando relaciona a eclampsia a baixas temperaturas, uma vez que igual resultado também foi encontrada, no entanto discorda em outro ponto, ao passo que a pré-eclâmpsia na presente pesquisa também está relacionada a diminuição da temperatura já que 42,2% dos casos foram registrados nos meses de março, abril, junho e julho, estando estes compreendidos em períodos frios do ano, discordando assim da pesquisa citada anteriormente, a qual não encontrou correlação da pré-eclâmpsia com as épocas frias do ano.

Tem-se ainda o estudo desenvolvido na Suécia, com 482.759 mulheres, o qual verifica igual implicação da eclampsia com períodos frios do ano, pois verificou que os casos de eclampsia praticamente dobraram durante o inverno, época com baixas temperatura, quando comparada as demais estações (RYLANDER; LINDQVIST, 2011).

Conforme estes resultados apresentados em várias partes do mundo, um ponto relevante entra em discussão: o que levaria a estação fria ocasionar eclampsia? Para Okafo, Efetie e Ekumankama (2009), a eclampsia surge devido a gestante reter água demasiadamente em períodos mais frios, já que a transpiração pulmonar se encontrar suprimida e também devido os rins não se encontrarem funcionando normalmente por estarem comprometidos pela presença da síndrome. Por outro lado, Subramaniam (2007) defende que em épocas quentes, ocorre a desidratação o que age como fator protetor do cérebro contra as convulsões, por outro lado o excesso de hidratação, e a diminuição na quantidade de sódio no organismo, em épocas frias, ativa os episódios de convulsão, por isso a ocorrência maior de eclampsia em períodos com baixas temperaturas.

Outros autores apresentam hipóteses distintas destas, como a insuficiência de vitamina D (ViD) que tem sido muito enfatizada nos estudos, pesquisa realizada em uma universidade na Turquia, com um total de 155 mulheres grávidas, entre elas 83 diagnosticadas com pré-eclâmpsia, 32 com eclampsia e 40 eram saudáveis, após realizar uma comparação dos níveis de ViD presentes nos organismos dessas gestantes, concluiu que a ViD está envolvida no surgimento das SHG, uma vez que o estudo mostrou que os níveis de ViD foram significativamente mais baixos nas gestantes portadoras de pré-eclâmpsia e eclampsia, quando comparadas as gestantes saudáveis (BAKACAK et al., 2015).

Rylander e Lindqvist (2011), em seu estudo realizado na Suécia, relata que a eclampsia é mais prevalente durante o inverno, averiguando que a incidência de eclâmpsia

dobrou praticamente, durante essa temporada, quando comparado as outras estações, referindo que isso deve ao fato do sol aparecer pouco durante essa estação do ano.

A explicação seria que, como é sabido, a luz solar é a responsável pela produção endógena da viD, uma vez que, os raios ultravioletas (UVB) auxiliam na síntese do calcitriol, que é a principal fonte de viD (PEREIRA; SOLÉ, 2015).

Assim, como durante as estações frias, o sol aparece menos que em outras épocas quentes do ano, neste período as gestantes teriam carência de viD, o que acarretaria no corpo da mulher maiores riscos de desenvolver distúrbios hipertensivos uma vez que, segundo Wei et al. (2012) a viD tem papel fundamental na modulação da fase vascular periférica da doença, que é exatamente quando há uma falha na remodelação dos vasos maternos responsáveis por abastecer o espaço intervilo, que ocasiona a redução da perfusão da placenta, disseminando, toxinas que acabam por gerar uma disfunção endotelial periférica, a partir de então desenvolve-se a sintomatologia da pré-eclâmpsia.

De tal modo a presente pesquisa encontrou resultados semelhantes aos da maioria encontrado na literatura disponível, porquanto, embora a cidade de Picos apresente um clima quente durante todo o ano, foi possível constatar maior incidência das síndromes, bem como de, quando a temperatura baixa em seus meses mais frios, sendo essa uma informação relevante.

Estes resultados apresentados instiga a realização de mais pesquisas sobre o tema, pois apesar de estarem sendo realizados inúmeros estudos em busca de correlacionar a temperatura ambiental ao surgimento das SHGs, uma vez que ainda há divergências entre as pesquisas encontradas na literatura, como pôde-se notar, diferentes partes do mundo encontram relação entre SHG e clima diferenciados, portanto a temperatura ambiental ainda não é considerada de fato um fator de risco para o surgimento dos distúrbios hipertensivos, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos que elucidem o verdadeiro mecanismo sobre o qual o calor ou o frio atuam no corpo da mulher para que haja o desenvolvimento das SHGs, visto que esse é outro ponto no qual os autores discordam.

Estudos como este, ajudam na descoberta da patogênese dos distúrbios hipertensivos, o que é de grande importância para o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, pois tendo essa elucidação a abordagem durante o pré-natal seria mais completa, uma vez que estaria voltada para prevenção de tais distúrbios, focando no que realmente traz maior risco para o desenvolvimento destes, o que resultaria em diminuição do número de mortes maternas e fetais no país inteiro.

Portanto, como as SHG permanecem com etiologia desconhecida é válido todo e qualquer esforço que busque identificar a base do seu desencadeamento, uma vez que a

elucidação da sua etiologia contribuirá para uma assistência mais direcionada a cliente e a suas necessidades.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados expostos percebe-se que os objetivos propostos no presente trabalho foram em sua maioria alcançados, porquanto foi evidenciado que a SHG acomete principalmente as jovens, pardas, primigestas que moram na periferia da cidade. Desse modo supõe-se que esses resultados se deve a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, que somado a falta de profissionais capacitados para o atendimento destas gestantes e baixa resolutividade, resultam na precarização do setor saúde, que é a realidade vivenciada atualmente no município.

É válido salientar também que mais da metade das mulheres possuíam algum dos fatores que predis põem ao desenvolvimento da SHG. Portanto é importante destacar o papel do enfermeiro frente a esses distúrbios, uma vez que ele é o responsável pela assistência durante o pré-natal, momento de detectar tais riscos, fornecendo as informações necessárias a gestantes, atendendo desta forma não só as necessidades fisiológicas, mas também psicossociais, que garantirá uma assistência holística, voltada para a promoção da saúde e prevenção de agravos, como este.

Desta forma os resultados do presente estudo ajudam a ter um melhor entendimento sobre o perfil das gestantes que são acometidas por esta síndrome no município de Picos-PI.

Entretanto não poderia deixar de comentar sobre as dificuldades encontradas para a realização da pesquisa, como por exemplo o local em que coleta dos dados foi realizada, um espaço pequeno, onde centenas de prontuários eram armazenados misturados, o que tornava difícil encontrar os de interesse para o estudo, a ausência de literatura atualizada, a maioria das publicações são antigas, fato este que impossibilitou a realização do estudo com bibliografia nova e atualizada.

Além disso, foi notório durante todo o estudo a ausência de registro sobre os mais diversos dados, como religião, endereço, histórico familiar, o que se constituiu como uma limitação da presente pesquisa. Assim vale salientar a importância do compromisso ético do profissional em registrar todas as informações indispensáveis ao cuidar, para que seja possível realizar um planejamento adequado da assistência a ser prestada para diminuir os riscos maternos e fetais a estas gestantes, uma vez que quando todos da equipe conhecem a paciente se torna mais fácil o processo de tomada de decisão.

Contudo foi muito gratificante a realização da pesquisa, uma vez que proporcionou um maior conhecimento sobre as características das mulheres portadoras de SHG, sendo de extrema significância não só para minha vida profissional, uma vez que espera-se que os

resultados obtidos possam contribuir para o conhecimento dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro sobre a realidade constatada, para que assim ampliem sua visão sobre os cuidados a saúde da gestante, passando a compreender o perfil socioeconômico das que estão mais expostas a SHG e os fatores de risco para tal, uma vez que isso ocorrendo em tempo hábil, poderá contribuir para a redução dos casos de eclampsia, complicação mais comum das SHG, promovendo a redução da mortalidade materna e infantil e uma boa qualidade de vida das gestantes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. R. S. et al. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado à gestante com doença hipertensiva. **R. Interd**, v. 7, n. 1, p. 204-215, 2014.
- ALVES, A. A. G. et al. Perfil clínico de pacientes com doença hipertensiva específica da gestação em uma uti geral adulto do estado do maranhão. **Rev Pesq Saúde**, v. 15, n. 1, p. 223-229, 2014.
- AMADEI, J. L.; MERINO, C. G.; Hipertensão Arterial e Fatores de Risco em Gestantes Atendidas em Unidade Básica de Saúde. Saúde e Pesquisa. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 33-39. 2010.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P.; Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229- 232, 2007.
- BAZAGA, L. F. et al. Caracterização demográfica e morfométrica das síndromes hipertensivas da gestação. **Rev. Eletr. Enf**, v. 11, n. 3, p. 590-597, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a16.htm> > Acesso em: 21 de agosto de 2015.
- BRANDÃO, A. H. F. et al. Predição de pré-eclâmpsia: a realidade atual e as direções futuras. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 487-491, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Gestação de Alto Risco**. 5 ed. Brasília/DF. 2010. 11 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco** ed. Brasília/DF. 2013. 15 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3 ed. Brasília/DF. 2007. 9 p.
- _____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>> Acesso em :07 de maio de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução – **RDC nº 466, de 12 de dezembro de 2012** – Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BORTOLI, R. C.; SILVA, A. M. N.; ALMEIDA, M. S.; Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação: Revisão. **Scientific Electronic Archives**, v. 6, p.107-117, 2014. Disponível em:

<[http://www.seasinop.com.br/revista/?journal=SEA&page=article&op=view&path\[\]=135](http://www.seasinop.com.br/revista/?journal=SEA&page=article&op=view&path[]=135)>
Acesso em: 20 de dezembro 2015.

BAKACAK, M. et al. Comparison of Vitamin D levels in cases with preeclampsia, eclampsia and healthy pregnant women. **Int J Clin Exp Med**, v. 8, n.9, p.16280-16286, 2015.

BOTELHO, N.M. et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n7/0100-7203-rbgo-s0100-720320140004892.pdf>> Acesso em: 05 de janeiro de 2016.

CARVALHO, M. V. P. et al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **R. Interd.** v. 7, n. 3, p. 17-27, 2014.

CAVALLI, R. C. et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 1, p. 1-4, 2009.

CARVALHO, M. A. B.; MELO, V. H.; ZIMMERMANN, J. B.; Resultados perinatais de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 260-266, 2008.

CRUZ, L. G. et al. Representações sociais de gestantes hipertensas: estudo realizado em ambulatório de pré-natal de alto risco. **CuidArte Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 105-112, 2009.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Hospital Regional Justino Luz**. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=22080040096> Acesso em: 15 de abril de 2015.

DALMÁZ, C. A. et al. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in Southern Brazil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 6, p. 692-696, 2011.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M.; Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007

DULEY L., The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. **Semin Perinatol** v.33, n. 3, p. 130-137, 2009.

FARIAS, Ana Laura. **Educação é a principal causa das disparidades entre Nordeste e Sudeste**. 2010. Disponível em:
<https://www.ufpe.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=36534:economia-educacao-e-a-principal-cao-das-disparidades-entre-nordeste-e-sudeste&catid=83&Itemid=77> Acesso em: 02 de janeiro de 2016.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L.; Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 159-165, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>> Acesso em: 12 de setembro de 2015.

FRIGO, J. et al. Perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação atendidas no serviço de referência municipal. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 2, p. 109-111, 2013.

GALVÃO, Ana Cristina Araújo de Andrade. Síndrome metabólica e fatores associados: um estudo comparativo com mulheres que apresentaram pré-eclâmpsia e gra vide normal acompanhadas cinco anos após o parto. Tese (Doutorado em ciências da saúde) -Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte: UFRN, 2013.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013.

GEBAUER, D. L. P.; BERTHOLO, L. C.; Alterações hematológicas e dos níveis de ferro sérico em gestantes do centro municipal de saúde de Ijuí (RS). **Infarma**, v.17, n. 7/9, p. 64-69, 2005.

GIL, A.C., **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo. Atlas, 2011. p.51.

GUERREIRO, D. D. et al. Mortalidade materna relacionada à Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 4, p. 825-834. 2014.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H.; Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 61-64, 2005.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M.; Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA**, v. 40, n. 5, p. 275-279, 2012.

HERCULANO, Marta Maria Soares. Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional. Dissertação (Mestre em enfermagem) -Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE, 2010.

HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, 2012.

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ. **Índices Ala Obstétrica**. Disponível em: <<http://www.hrjl.pi.gov.br/indices-2014-2/>> Acesso em: 09 de abril de 2015.

_____. **Índices Ala Obstétrica**. Disponível em: <<http://www.hrjl.pi.gov.br/indices-2013/>> Acesso em: 09 de abril de 2015.

INMET, Instituto Nacional de Meteorologia. **Banco de Dados Meteorológicos para Ensino e Pesquisa**, 2013. Disponível em: <<http://www.inmet.gov.br/portal/index.php?r=bdmep/bdmep#>> Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

LACERDA, I. C.; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011.

LEITE, R. M. B. et al.; Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27 n. 10 p. 1977-1985, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000011> Acesso dia 12 de outubro 2015.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 109-118, 2004.

LEMOS, A. et al. Avaliação da força muscular respiratória no terceiro trimestre de gestação. **Rev. bras. Fisioter**, v. 9, n. 2, p. 151-156, 2005.

LIMA, A. G. et al. Síndromes hipertensivas graves – estudo descritivo com adolescentes atendidas em maternidade escola. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 408-418, 2012.

LIMA, E. M. A.; PAIVA, L. F.; AMORIM, R. K. F. C.C.; Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). **J Health Sci Inst.** v. 28, n. 2, p. 151-153, 2010.

MATIAS, J. P. et al. Comparison of two methods for the investigation of maternal mortality in a municipality of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 11, p. 559-565, 2009.

MARTINS, M.; MONTICELLI, M.; DIEHL, E.; significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 1004-1012, 2014.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MARTINS, A. G.; **Alterações hematológicas na gestação**. Belém, 2009. Disponível em: <<http://fbm.ufpa.br/pdf/tcc/tcc18.pdf>> Acesso em: 13 de agosto de 2015.

MARCHELLI, P. S.; Expansão e qualidade da educação básica no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 561-585, 2010.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MANN, L. et al. Influência dos sistemas sensoriais na manutenção do equilíbrio em gestantes. **Fisioter. Mov**, v. 24, n. 2, p. 315-325, 2011.

MELO, B. et al. Hypertension, pregnancy and weather: is seasonality involved?. **Rev assoc Med Bras**, v. 60. n. 2, p. 105-110, 2014.

MELO, B. C. P. et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras**. v. 55, n. 2, p. 175-180. 2009.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 2, p. 250-255, 2010.

NOVO, J.L.V.G., GIANINI, R.J., Mortalidade materna por eclampsia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 10, n. 2, p. 209-217. 2010.

OKAFOR, U. V.; EFETIE, E. R.; EKUMANKAMA, O.; Eclampsia and seasonal variation in the tropics - a study in Nigeria. **Pan African Medical Journal**, v. 9, n. 7, p. 1-7, 2009.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N.G.; Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 441-451, 2015.

PALACIO, M.; A.; BOTELL, M.; L.; Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 36, n. 3, p. 352-359, 2010.

PANTALEÃO, Sergio Ferreira. **Dona de casa pode recolher INSS para ter direito a benefícios previdenciários**. 2013. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/inss-dona-de-casa.htm>> Acesso em: 10 de outubro de 2015.

PEREIRA, M. U.; SOLÉ, D.; Deficiência de vitamina D na gravidez e seu impacto sobre o feto, recém-nascido e a infância. **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n. 1, p. 104-113, 2015.

PEIXOTO, Sérgio, SANCOVSKI, Mauro, MENDES, Eliane Terezinha Rocha et al. **Pré-Natal**. São Paulo: Roca, 2004. p.46-47.

PORTAL E EDUCAÇÃO. **Alterações Hormonais na Gestação**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/estetica/artigos/17992/alteracoes-hormonais-na-gestacao#!3>> Acesso em: 13 de agosto de 2015.

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre. Arned, 2011.

QUEIROZ, Marcel Robledo. Ocorrências das síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região sudeste do Brasil. Tese (Mestre em ciências) – Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R, N.; Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documenta. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v, 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C.; Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **inFormação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, 2012.

RICCI, Susan Scott. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. [s.n] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.205-206.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RYLANDER, A.; LINDQVIST, P. G.; Eclampsia is more prevalent during the winter season in Sweden. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 90, p. 114-117, 2011.

SAMPAIO, M. S. et al. Uso de Sistema de Informação Geográfica para comparar a classificação climática de Koppen-Geiger e de Thornthwaite. In: XV SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SENSORIAMENTO REMOTO - SBSR, 2011, Curitiba. **Anais eletrônicos**. Curitiba: 2011. Disponível em: <<http://www.dsr.inpe.br/sbsr2011/files/p0988.pdf>> Acesso em: 22 de dezembro de 2015.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental- UNIABEU**. v. 2, n. 1, p. 36-45. 2013.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SAUNDERS, C. et al. Influência de características maternas e história de abortamento no resultado obstétrico. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr**, v. 34, n. 1, p. 1-11, 2009.

SILVA, R.C.; TUFANIN, A. T.; Alterações respiratórias e biomecânicas durante o terceiro trimestre de gestação: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, V. 3, n. 02, p. 28-37, 2013.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 2, p. 316-322, 2011.

SIVESKA, E. J.; JASOVIC, V.; Demographic characteristics in preeclamptic women in Macedonia. **Rev Med Chile**, n. 139, p. 748-754, 2011.

SOUZA, V. F. F.; DUBIELA, A.; JUNIOR, N. F. S.; Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclâmpsia. **Fisioter Mov**, v. 23, n. 4, p. 663-672, 2010.

SOUSA, D. M. N, et al.; Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 4, p. 500-506, 2014.

SOUSA, F. S.T.; RODRIGUES, J. A. A.; DUARTE, K. S. M.; 4. A enfermagem e o cuidar. In: **Hipertensão na gravidez: Importância dos cuidados de enfermagem no período pré-natal**. Mindelo, 2013. p. 37-42. Disponível em: <<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2570/1/Sousa,%20Rodrigues,%20Duarte%202013.%20Hipertens%C3%A3o%20na%20Gravidez..pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2015.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/ eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 31, n. 11, p. 566-573. 2009.

SUBRAMANIAM, V.; Seasonal variation in the incidence of preeclampsia and eclampsia in tropical climatic conditions. **BMC Women's Health**, v. 7, n. 18, p. 1-5, 2007.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

XAVIER, R. B. et al. Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal. **Online braz j nur**, v. 12, n. 4, p. 823-833, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4249/pdf_10> Acesso em: 10 de outubro de 2015.

WANG, Y. et al. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestation. **Arch Gynecol Obstet**, n. 284, p. 31-37, 2011

WEI, S. Q. et al. Longitudinal vitamin D status in pregnancy and the risk of pre-eclampsia. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Montreal, p. 832-839, 29 de março de 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

1. Número do prontuário: _____ **Data da internação** ____________

2. Idade da gestante: _____

3. Escolaridade:

Analfabeto

Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto Ensino médio completo Educação superior incompleta

Educação superior completa Sem informação

4. Cor:

Parda Preta Amarela Branca Indígena

5. Bairro de procedência da gestante:

Endereço: _____

6. Situação conjugal:

Solteira Casada Viúva Divorciada União estável Sem informação

7. Profissão _____

8. Religião _____

PARTE 2: CONDIÇÕES GINECO-OBSTÉTRICAS.

1. Diagnóstico médico:

Eclampsia Pré-eclâmpsia SHG

2. Número de gestações:

Primigesta Secundigesta Multigesta Sem informação

3. Grau de paridade:

Primípara Secundípara Multípara Sem informação

4. Fatores de risco associado à SHG:

Primariedade Diabetes mellitus Gestação gemelar História familiar de pré-eclâmpsia e Eclampsia Hipertensão arterial crônica Pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia Hidropsia fetal (não imune) Gestação molar IMC > 25,8 Idade materna maior do que 35 anos Idade inferior a 15 anos Aborto prévio Ganho excessivo de peso Nova paternidade.

APÊNDICE B- TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

A(o) Senhor(a) Francisco Bezerra Bezerra Sousa
 Coordenador(a) do(a) Sloutarta (SAME)

Eu, Dayze Djanira Furtado de Galiza, enfermeira e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estou desenvolvendo uma pesquisa tendo como título, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ECLÂMPSIA DA MACRORREGIÃO DE PICOS-PI. O estudo terá como objetivo principal: Traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclampsia na Região do Vale do Rio Guaribas.

Assim, venho através deste, solicitar a autorização para acesso aos prontuários da gestantes. Os dados serão coletados pela acadêmica do curso de enfermagem Maryanna Tallyta Silva Barreto.

Esclareço que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para objetivos de pesquisa;
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado;

Em caso de esclarecimento entrar em contato com o pesquisador responsável:

NOME: Dayze Djanira Furtado de Galiza

ENDEREÇO: Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros.

CONTATOS: dayze_galiza@hotmail.com, Fone: (89)99722332

Eu, Dayze Djanira Furtado de Galiza, assumo as devidas responsabilidades pelo termo.

Picos, 30/03/ de 2015.

Dayze Galiza
 Assinatura do representante legal
 Profª Dayze D. F. de Galiza
 COREN-PI 141986
 SIAPE - 2661313

Francisco Bezerra Bezerra Sousa
 Assinatura do representante legal pelo local da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

SESAPI – Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C. 06.553.564/0102-81



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Venho por meio deste, venho solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada: "**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS MULHERES ACOMETIDAS POR ECLÂMPSIA NO MUNICÍPIO DE PICOS - PI**", que tem como objetivo principal (geral): Traçar perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclâmpsia no município de Picos-PI. Esse estudo tem por pesquisadora responsável Dayze Djanira Furtado de Galiza - Enfermeira, Professora Mestre do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB. A população a ser investigada será constituída através de prontuários de gestantes e no Livro de Registro do Centro Cirúrgico das mulheres deram entrada com diagnóstico de DHEG ou dados clínicos (sinais e sintomas) do município de Picos-PI.

Picos, Piauí, 26 de setembro de 2013


Roberto Albuquerque Malta
Coordenador Administrativo e Financeiro do HRJL

Hospital Regional Justino Luz
Estat. Inscrição Estadual: 13.123.131-95
CNPJ: 06.553.564/0102-81

Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64.600 - 000 - Picos - PI
Fones: (89) 3422-1314/3422-1670
<http://hrjl.pi.gov.br>



Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas, S/N - Centro Administrativo - Bloco A
(88) 3218-3595 - 64018-200 - Teresina-PI
www.saude.pi.gov.br

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

SESAPI – Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C. 06.553.564/0102-81



TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital Regional Justino Luz, aceita receber e apoiar o (a) pesquisador Dayze Djanira Furtado de Galiza, que está submetendo um projeto de pesquisa intitulado "Perfil Epidemiológico de Mulheres Acometidas por Eclâmpsia da Macrorregião de Picos-PI". Esta instituição assume o compromisso de apoiar e disponibilizar a infra-estrutura adequado ao desenvolvimento do projeto de pesquisa durante todo o período de implementação do mesmo.

Picos, Piauí, 26 de setembro de 2013

Roberto Albuquerque Moita
Coordenador Administrativo e Financeiro do HRJL

Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64.600-000 - Picos - PI
Fones: (89) 3422-1314/3422-1670
<http://hrjl.pi.gov.br>



Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas, S/N - Centro Administrativo - Bloco A
(86) 3216-3595 - 64018-200 - Teresina-PI
www.saude.pi.gov.br

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS MULHERES ACOMETIDAS POR ECLÂMPSIA NO MUNICÍPIO DE PICOS - PI

Pesquisador: Dayze Djanira Furtado de Galiza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23458814.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 542.712

Data da Relatoria: 26/02/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo de caráter descritivo, com corte transversal, que será realizado em um hospital público de referência da cidade Picos-PI. A população deverá ser composta de prontuários de gestantes e no Livro de Registro do Centro Cirúrgico das mulheres deram entrada com diagnóstico de DHEG ou dados clínicos (sinais e sintomas). As avaliações clínicas apresentadas no prontuário serão utilizadas como critério de inclusão: pressão arterial >

140x90mmHg, prescrição médica para uso de anti-hipertensivo e sulfato de magnésio.

Objetivo da Pesquisa:

- Traçar perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclâmpsia no município de Picos-PI.
- Listar dados socioeconômico e demográfico das mulheres diagnosticadas com eclâmpsia. -Identificar os fatores de risco associados à doença hipertensiva gestacional nas mulheres admitidas ao serviço de saúde do hospital de referência de Picos-PI
- Investigar as principais causas da eclâmpsia no município de Picos-PI descrevendo as condições obstétricas das gestantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo dados secundários, e mesma não trará riscos de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela		
Bairro: Ininga SG 10		CEP: 64.049-550
UF: PI	Município: TERESINA,	
Telefone: (863)215-5734	Fax: (863)215-5660	E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 542.712

nenhuma natureza.

Benefícios:

Conhecendo o perfil epidemiológico das pacientes que desenvolvem Doença Hipertensiva Específica da Gestação podemos orientar os profissionais de saúde para que possam realizar um controle mais eficiente dessa patologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que se realizará por meio de dados obtidos em prontuários arquivados no Serviço Médico e Estatístico (SAME) e no Livro de Registro do Centro Cirúrgico de um hospital público de referência na cidade de Picos-Piauí. Local e período de realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios anexados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto para ser executado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 26 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Alicione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga 8010 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Káira Santos Sousa
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação

Características epidemiológicas das mulheres acometidas por síndrome hipertensiva gestacional no Município de Picos-Pi.
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 08 de Março de 2016

Káira Santos Sousa
 Assinatura

 Assinatura