



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

JACKELINE CHAVES FONSECA
KARINA BARROS LOPES

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

BELÉM – PA
2018

JACKELINE CHAVES FONSECA
KARINA BARROS LOPES

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito básico para a conclusão do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Elisângela da Silva Ferreira

Coorientadora: Prof.^a Esp. Débora Talitha Neri

BELÉM – PA
2018

JACKELINE CHAVES FONSECA
KARINA BARROS LOPES

**SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito básico para a conclusão do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Elisângela da Silva Ferreira

Coorientadora: Prof.^a Esp. Débora Talitha Neri

Conceito: _____

Banca examinadora:

Prof.^a Msc. Elisângela da Silva Ferreira
Orientadora

Prof.^a Esp. Débora Talitha Neri
Coorientadora

Prof.^a Esp. Stelacelly Coelho Toscano de Brito
Examinadora

Belém, 20 de dezembro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que define tudo que estou sentindo nesse momento e eu não poderia deixar de agradecer algumas pessoas que foram essenciais para a conclusão desse ciclo.

Agradeço a Deus por nunca ter me abandonado, por ter escutado as minhas orações nos momentos de aflição e ter acalentado minha alma e meu coração, nos momentos que pensei em desistir.

Aos meus pais Jocivaldo e Grasiete por serem meus maiores incentivadores e apoiadores durante toda a minha vida, por estarem sempre ao meu lado me apoiando e por serem meu maior exemplo de determinação, fé e perseverança.

Aos meus irmãos Joyce e Júnior, por todas as vezes que se disponibilizaram a me ajudar de alguma maneira ou simplesmente por me ouvir nos momentos que precisava desabafar.

À minha tia Jocilene, meus avós José e Cilda por todo apoio emocional e financeiro, e por sempre ficarem felizes com as minhas conquistas.

À toda a minha família que me ajudou direta ou indiretamente para a conclusão dessa etapa.

Ao meu Noivo/Companheiro de vida Marcos Vinícios, por todo apoio emocional, compreensão e afeto, por reforçar minha capacidade nos momentos que eu não acreditava que tinha, pelas noites que seu abraço me serviu de consolo e descanso para as noites de extremo cansaço, tudo isso só fez reafirmar toda admiração e amor que sinto por você.

Aos meus amigos Gisa, Cléo, Darlene e Thamires por terem feito os dias da graduação mais leves e engraçados, gratidão por todo os risos e choros compartilhados, levarei vocês para sempre em meu coração.

À minha turma 2014b por toda receptividade, amizade e carinho, não poderia ter encontrado turma melhor.

Aos professores por todo conhecimento e dedicação em ensinar, em especial às minhas orientadoras Prof^a Elisângela e Prof^a Débora por toda disponibilidade, paciência e dedicação.

À minha excelente parceira de TCC Karina, por toda sua entrega e dedicação à essa pesquisa, por todas as risadas, choros e angústias compartilhados durante esse período, pela amizade que perpassou os campos desta pesquisa e por toda sintonia que construímos.

Meus mais sinceros agradecimentos à todos aqui citados.

Jackeline Chaves Fonseca

AGRADECIMENTOS

Essas palavras não são o suficiente para expressar o sentimento de gratidão neste momento tão importante e esperado da graduação, agradeço primeiramente a grandeza de Deus em minha vida durante toda essa trajetória, por toda a sua misericórdia que me alcançou, toda força e fé que eu senti através da Sua palavra, de louvores, do silêncio e de pessoas que Ele me permitiu ter nesse caminho, se não fosse por Ele nada disso seria possível.

Agradeço a minha mãe Cleide que foi minha incentivadora desde o início e através das suas orações e do seu cuidado consegui lutar dia após dia, grata sou pelo meu pai Jackson que me deu o maior exemplo de que não tem idade para estudar e que é possível sim buscar o melhor para nossa vida através dos estudos quanto temos um objetivo, à minha irmã Kissia que sempre foi meu exemplo de mulher independente e que me inspirou e me inspira até hoje como a grande profissional que é, ao meu irmão Kelvin que não imagina o quanto o amo e quanto sou grata a Deus por sua vida, á minha sobrinha Alice que era o motivo do meu sorriso nos dias estressantes e cansativos, que se tornou a luz que trazia a paz a minha alma e deixava tudo mais leve, à minha vó Elida que sem dúvidas foi a mulher que me manteve de pé através das suas orações e do seu afago, ao meu avô Ranulfo homem que sempre me incentivou e acreditou em mim, meu cunhado Gil que também sempre foi presente nessa caminhada e sempre fazia o que podia para me ajudar.

Ao meu noivo e homem da minha vida Bruno, por toda a força, toda a ajuda, por não medir esforços para me auxiliar em todos os momentos que precisei, pelo amor que me dedicou e que fez toda a diferença pra não desistir no final de tudo e o presente que me proporcionou, que é filha do meu coração Mikaelly.

Gratidão eterna a todos os meus familiares (que são muitos) que contribuíram para esse sonho se tornar realidade, me incentivaram, me ajudaram em todos os aspectos, estiveram comigo em todos os momentos e até os que não tiveram fisicamente presentes, mas estiveram a todo instante no meu coração como minha vó Maria. Amo todos, vocês são a minha base.

À minha amiga de vida Taiça por todo o apoio e pelas palavras de coragem, e aos demais amigos que seguraram a minha mão até aqui, pelos que continuam na minha e pelos que apesar de não estarem presente, deixaram algum aprendizado

Gratidão eterna ao meu grupo amado Sonserina, que foram o meu grande apoio desde que entrei na faculdade, pessoas que irei levar para minha vida e estão num lugar especial no meu coração, amo demais vocês Bruna, Galdino, Suelen, Valéria, Julliana e Evandro, obrigada por não desistirem de mim e por chorarem e sofrerem comigo.

Aos metes incríveis que tive nessa academia, obrigada por todo o conhecimento repassado, pelos exemplos e por instigarem em mim a busca para ser uma excelente profissional, em especial as professoras Daiane e Stelacelly.

As minhas orientadoras Elisângela e Débora, que fizeram esse trabalho se tornar possível, que acreditaram em nós, tiveram paciência, disponibilidade, repassando todas as suas experiências e que nos deram força até o fim.

E um obrigada bem grandão e muito especial a minha parceira, minha dupla e amiga Jackeline, que trilhou comigo essa jornada árdua, seguiu na minha mão, acreditou que poderíamos conseguir ser vitoriosas, pois só nós sabemos como foi difícil chegar até aqui, amo você, agradeço também a tua família por todo o apoio.

Gratidão a minha turma 2014B, a Turma do Poder, por ser a melhor turma do mundo, amo cada um.

Karina Barros Lopes

RESUMO

As Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG), é o conjunto de sinais e sintomas importante em obstetrícia, pois incide em cerca de 10% das primíparas sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal no Brasil. Durante a tentativa de mudar este cenário, vemos ao longo da história da saúde pública no país, a criação de estratégias, políticas e programas que objetivam assistir a mulher sobretudo grávida de maneira satisfatória. Porém o número de mulheres que desenvolvem complicações na gravidez culminando em parto prematuro, retardo no desenvolvimento do feto, morte materna, fetal e neonatal, entre outros, são números expressivos que não podem ser ignorados. Diante disso, sabe-se através de pesquisas que a SHEG pode ser detectada e tratada precocemente no pré-natal, e de acordo com o Ministério da Saúde deve ser classificada como alto risco. Esse estudo objetiva investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de SHEG em clínica de tratamento obstétrico afim de mostrar se a forma como foi realizado o pré-natal dessas gestantes com SHEG, pode influenciar na evolução dessa patologia, levando essas grávidas à internação hospitalar, possibilitando traçar o perfil sociodemográfico desse público, detectar as condutas tomadas durante o pré-natal diante dos sinais e sintomas da SHEG e identificar os fatores de risco presentes no histórico das participantes. Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa. Integraram a amostra dessa pesquisa 33 gestantes em boas condições clínicas e psicológicas, com diagnóstico de SHEG, admitidas no período de 01 a 30 de novembro de 2018, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido. Quanto ao perfil encontrado pelas pesquisadoras, as participantes se encontravam na faixa etária entre 19 e 34 anos, possuíam o ensino médio completo, se consideraram pardas, residiam na região metropolitana de Belém, relataram serem do lar e encontravam-se em uma união estável. Grande parte eram primigestas, estava em uma gestação prematura, aproximadamente metade foram classificadas com Pré-eclâmpsia, e em média cada uma apresentou 5 fatores de risco. Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, participaram em média de 7 consultas, a maioria delas eram realizadas pelo profissional enfermeiro, quase metade das grávidas não foram classificadas quanto ao risco gestacional. E mediante aos sinais e sintomas da SHEG não receberam nenhum tipo de conduta assistencial. Encontrou-se nesse estudo algumas limitações, quanto o número de participantes e o tempo de coleta, os resultados poderiam ser diferentes se o estudo fosse realizado com um número maior de mulheres e com um tempo maior para a pesquisa, no entanto acredita-se que esse número é importante vista a semelhança com outros estudos e pesquisas relevantes sobre o tema abordado. Concluímos que o pré-natal pode influenciar diretamente nas internações hospitalares por SHEG, demonstrando a relevância desta pesquisa para o meio científico, para os gestores de serviços de saúde e sociedade de modo geral. Esses resultados podem contribuir como indicadores da qualidade do pré-natal na Região Metropolitana de Belém e fortalecer estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Hipertensão Induzida pela Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Cuidado pré-natal; Hospitalização, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The Hypertensive Syndromes Specific to Gestation (SHEG) is the important set of signs and symptoms in obstetrics, since it affects about 10% of the primiparae, being the major cause of maternal and perinatal mortality in Brazil. During the attempt to change this scenario, we see throughout the history of public health in the country, the creation of strategies, policies and programs that aim to assist women especially pregnant in a satisfactory way. However, the number of women who develop complications during pregnancy leading to premature delivery, delayed fetal development, maternal, fetal and neonatal death, among others, are expressive numbers that can not be ignored. Therefore, it is known through research that SHEG can be detected and treated early in prenatal care, and according to the Ministry of Health should be classified as high risk. This study aims to investigate the prenatal care of hospitalized pregnant women with a diagnosis of SHEG in an obstetric clinic in order to show if the way in which the prenatal care of pregnant women with SHEG has been performed can influence the evolution of this pathology, leading these pregnant women to hospitalization hospital, making it possible to trace the sociodemographic profile of this public, to detect the behaviors taken during prenatal care in view of the signs and symptoms of SHEG and to identify the risk factors present in the participants' history. This is a descriptive, prospective study with a quantitative approach. The sample consisted of 33 pregnant women in good clinical and psychological conditions, diagnosed with SHEG, admitted from November 01 to 30, 2018, at the “Santa Casa de Misericórdia do Pará”, a reference hospital in the care of high-risk pregnant women. to the newborn. As for the profile found by the researchers, the participants were in the age group between 19 and 34 years old, had a high school education, were considered to be brown, resided in the metropolitan area of Belém, reported to be from the home and were in a stable union. Most were primigravidae, were in a premature gestation, approximately half were classified with Pre-eclampsia, and on average each presented 5 risk factors. They started prenatal care in the first trimester of pregnancy, participated in an average of 7 consultations, most of them were performed by the nurse practitioner, almost half of the pregnant women were not classified for gestational risk. And through the signs and symptoms of SHEG did not receive any kind of care. In this study, there were some limitations, such as the number of participants and the time of collection, perhaps the results were different if the study was performed with a larger number of women and with a longer time for the research, nevertheless it is believed that this number is important given the similarity with other studies and relevant research on the topic addressed. We conclude that prenatal care may directly influence hospital admissions by SHEG, demonstrating the relevance of this research to the scientific community, health service managers and society in general. These results can contribute as indicators of prenatal quality in the Metropolitan Region of Belém and strengthen studies on the subject.

Keywords: Pregnancy-induced hypertension; High Risk Pregnancy; Prenatal care; Hospitalization, Obstetric Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Perfil sociodemográfico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG	27
Tabela 2 –Perfil obstétrico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG	28
Gráfico 1 –Classificação da SHEG conforme descrição em prontuário das gestantes internadas	30
Tabela 3 –Fatores de risco da SHEG identificados durante o pré-natal.	31
Tabela 4 –Condutas relacionados aos sinais e sintomas da SHEG durante o pré-natal	34
Tabela 5 –Gestantes que apresentaram alteração na pressão arterial durante o pré-natal e condutas relacionadas a essa alteração	34
Tabela 6 –Informações sobre o pré-natal	36

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CIVD	Coagulação Intravascular Disseminada
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
FSCMP	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HELLP	Abreviação para o termo em inglês que quer dizer H: hemólise, EL: elevação de enzimas e LP: baixa contagem de plaquetas
IMC	Índice de Massa Corpórea
ITU	Infecção do Trato Urinário
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência à Saúde da Mulher
PD	Pressão Diastólica
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal
OS	Pressão Sistólica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCF	Restrição do Crescimento Fetal
SHEG	Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 O PRÉ NATAL	15
3.2 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO	17
3.3 FATORES DE RISCO	19
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL DE ESTUDO	23
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	24
4.3.1 Critérios inclusão	24
4.3.2 Critérios de exclusão	24
4.4 COLETA DE DADOS	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
4.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
5.1 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES INTERNADAS COM DIAGNÓSTICO DE SHEG	26
5.2 PERFIL OBSTÉTRICO DAS GESTANTES INTERNADAS COM DIAGNÓSTICO DE SHEG	28
5.3 CLASSIFICAÇÃO DA SHEG NAS PARTICIPANTES DO ESTUDO NA INTERNAÇÃO	29
5.4 FATORES DE RISCO DA SHEG IDENTIFICADOS DURANTE O PRÉ- NATAL	31
5.5 CONDUTAS REALIZADAS DURANTE O PRÉ-NATAL	33
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
– TCLE	
APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO	48
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE	50
DADOS – TCUD	
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	51
APÊNDICE E – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	54
APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	55
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO	56
APÊNDICE H – DECLARAÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO À UFPA	57
APÊNDICE I – CARTA DE ENCAMINHAMENTO	58
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um acontecimento singular para a mulher que vivencia tal experiência, gestar traz diversas alterações de ordem biológicas, psicológicas, sociais e econômicas. Sendo um momento envolto em alegria, descobertas, euforia assim como o medo e preocupação com o novo, com o que virá, surge uma lista infinita de novos sentimentos e sensações (PICCININI et al., 2008).

Entende-se que as dúvidas, medos e aflições decorrentes da gestação devem ser sanadas durante o pré-natal, onde essa mulher deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, respeitando os seus direitos de ser atendida de forma integral. “O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012).

Conforme Peixoto (2004), o controle pré-natal eficiente deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de seis consultas com a equipe multiprofissional para incluir qualidade de vida no período de gestação, oferecendo condições ideais aos períodos seguintes do ciclo gravidez, parto e puerpério.

De acordo com Coimbra et al. (2003), as condições de assistência ao pré-natal e ao parto interferem nos coeficientes de mortalidade materna e infantil, bem como pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal, no qual cerca de 92% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas que garantam o acesso ao pré-natal. A exemplo de patologias tratáveis e muito comuns temos Infecção do Trato Urinário (ITU) e como as causas da maioria das mortes maternas no Brasil temos a hipertensão arterial, hemorragias e infecções puerperais (BRASIL, 2009).

Para Smeltzer e Bare (2009), as patologias que mais afetam as gestantes geralmente produzem manifestações clínicas detectáveis no decurso da gestação, no entanto, habitualmente os sinais e sintomas aparecem apenas no último trimestre da gravidez, quando as patologias encontram-se num estágio avançado, determinando condições ameaçadoras à vida da mãe e/ou do concepto, expondo as gestantes desprovidas de assistência especializada a situações de urgências/emergências obstétricas.

Segundo Rezende (2016), SHEG, é a doença mais importante em obstetrícia, pois incide em cerca de 10% das primíparas sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal no Brasil, em decorrência da gravidade dos seus sinais e sintomas.

1.1 PROBLEMA

Observou-se durante as práticas curriculares de Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neonatal do curso de graduação em enfermagem, a quantidade expressiva de internações de gestantes em clínicas de tratamento obstétrico, as patologias que ali são tratadas por vez passam "despercebidas" até mesmo negligenciadas, durante o pré-natal e são em sua maioria preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis na Atenção Primária em Saúde. Entretanto, percebe-se que ainda existem poucos estudos como de Peixoto (2004), Vielas (2014), Brito (2015), Nunes et al. (2016) e Tomasi et al. (2017) por exemplo, que abordam a temática das principais intercorrências gravídicas ocorridas no transcurso do pré-natal e exponham a importância da realização regular da consulta de pré-natal para diminuir a incidência delas.

O estímulo que levou a nos aprofundarmos nesse assunto foi a observação do elevado número de gestantes com as diversas formas e sob diferentes quadros de evolução da SHEG, todos impactando diretamente no trajeto normal da gestação. Baseando-se nesse precedente e frente à realidade que vivenciamos, é primordial que a equipe multiprofissional em especial médico e enfermeiro, conheçam e saibam identificar as causas, fatores e manifestações da SHEG em qualquer período do pré-natal, diante daquele que é um grande problema de saúde pública e a primeira causa de mortalidade materna como já foi citado. Aproximadamente 30% das desordens hipertensivas na gravidez são decorrentes da hipertensão crônica e 70% são devidas a SHEG (REZENDE, 2016).

Com base nisso, este estudo visa testar as seguintes hipóteses:

As gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) são, na maioria, residentes no interior do estado, solteiras, ensino fundamental incompleto;

Os fatores de risco dessas gestantes já estavam presentes no pré-natal e as condutas realizadas não foram adequadas, conforme as orientações e recomendações do Ministério da Saúde.

1.2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial afeta homens e mulheres, mas durante a gestação destaca-se como sendo a doença que mais provoca efeitos nocivos no organismo materno, fetal e neonatal (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008). No Brasil é a principal causa de morte materna decorrente diretamente da gravidez, sua prevalência depende da faixa etária, raça, sexo, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Mas essa hipertensão arterial no contexto da gravidez vai além, é caracterizada por ter diferentes níveis e um conjunto de sintomatologia em cada um deles, são as chamadas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação, são consideradas a primeira causa de mortalidade no Brasil e a terceira no mundo como já foi dito. Em países desenvolvidos, a cada 100 gestantes, no mínimo 2 e no máximo 8, desenvolvem tal evento. Diante desse fato, merecem maior importância na saúde pública mundial (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Neste momento há a necessidade de se falar da Atenção Primária em Saúde, que é onde tudo começa e tem um papel fundamental em todo esse processo, esses cuidados da atenção primária na gravidez, durante a assistência pré-natal abrange a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas ocorridos durante o período gestacional até o pós-parto, tanto na mulher quanto no bebê favorecendo um parto e pós-parto mais seguro, incluindo a detecção precoce de SHEG e seu devido acompanhamento (MOURA; HOLANDA JR; RODRIGUES, 2003). Juntamente com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Porém, embora sejam notórios os benefícios do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, a cobertura da consulta pré-natal ainda é deficiente tanto em quantidade como em qualidade (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A participação de toda a equipe de saúde tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal, entretanto são necessários investimentos na formação de profissionais qualificados para o atendimento da mulher no ciclo gravídico puerperal (CUNHA et al., 2012).

Por isso a importância de realizar pesquisas que venham colaborar para uma maior qualidade na assistência à gestante, falando especificamente da SHEG, pesquisas que venham gerar dados que possam contribuir diretamente neste contexto de internações hospitalares de desenvolvem tal patologia.

A SHEG não pode ser evitada, podendo ter seus agravos prevenidos com um diagnóstico precoce (após 20 semanas).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) em clínica de tratamento obstétrico.

2.2 ESPECÍFICOS

Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes internadas em clínica de tratamento obstétrico;

Descrever o perfil obstétrico das gestantes com SHEG;

Detectar a presença de fatores de risco dessas gestantes com SHEG internadas durante o pré-natal;

Verificar as condutas realizadas no pré-natal relacionadas aos sinais e sintomas da SHEG.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PRÉ-NATAL

O principal objetivo da assistência pré-natal é o acolhimento à mulher desde o início até o fim da gestação. Assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação, visando à promoção da saúde da gestante e do feto, identificando as situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas (CRUZ; CAMIHA; FILHO, 2014).

Porém essa assistência profissional direcionada à gestante surgiu somente em 2000, quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Este programa veio definir vários aspectos dessa assistência como idade gestacional de ingresso, números de consultas, exames laboratoriais, ações educativas em saúde e grandes discussões acerca das práticas em saúde.

O PHPN teve como precursor o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983, que preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres, em qualquer ciclo de sua vida, à informações e serviços integrados de atendimento, do nível mais simples ao mais complexo, com cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2001).

Diante desse contexto com o enfoque na saúde da gestante, seguiu-se o alinhamento para que pudessem reforçar esse cuidado direcionado, agora dando base para o profissional de saúde qualificar esse cuidado. Havendo assim a publicação do Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal e ao puerpério (BRASIL, 2006), que trouxe justamente instrumentos para os profissionais realizarem o atendimento à mulher a nível de Atenção Básica.

Contudo é impossível falar de pré-natal, de assistência ao parto e puerpério, e de assistência à criança sem dar destaque a Rede Cegonha, que traz de forma muito bem articulada uma visão diferenciada para esse momento da mulher, trazendo princípios, objetivos e diretrizes muito bem definidos. A Rede Cegonha veio de fato para viabilizar uma assistência completa para mãe e bebê, desde o planejamento familiar até os 2 anos de vida da criança, promovendo ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para ambos (BRASIL, 2011).

Mas para que o pré-natal seja qualificado e humanizado, é necessário que haja condutas acolhedoras sem intervenções desnecessárias, colocando em prática tudo o que está ao alcance do profissional de saúde. A gestante deve ser muito bem orientada sobre o processo gestacional, as mudanças corporais e emocionais que ocorrem durante a gravidez, empoderar a mulher sobre

o trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados básicos com o recém-nascido e amamentação é essencial (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

E a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005) traz justamente os parâmetros que devem ser respeitados para que se alcance os objetivos de uma assistência de qualidade, essa política diz que: é necessário ser realizada a primeira consulta em até 120 dias de gestação; realização de no mínimo, seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, informando e esclarecendo dúvidas e condutas; atividades educativas que possam proporcionar respostas às informações necessárias; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; exames laboratoriais, imunizações; avaliação nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais; tratamento das intercorrências da gestação; classificação de risco gestacional, entre outras medidas que garantem uma boa assistência, e que visam o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, entre outros.

Falando especificamente da classificação de risco, temos duas classificações: baixo risco (atualmente chamado de risco habitual) e alto risco. Sendo essa classificação feita de acordo com uma série de critérios do quadro geral de saúde da mãe e feto de acordo com a avaliação do médico e do enfermeiro, critérios esses preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Dentro deste cenário ressaltamos a importância do profissional enfermeiro que tem um papel fundamental principalmente no SUS, onde ele tem muito mais autonomia para desenvolver as ações que lhe cabem (SOUZA, et al., 2017).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício da Profissão de Enfermagem, decreto nº 94.406/87. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência a parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela Lei 7.498/86 (ARAÚJO et al., 2010). “A atenção ao pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres grávidas, com o propósito de controlar riscos” (COSTA et al., 2005 apud PARADA, 2008, p.120). Nessa assistência pré-natal de baixo risco, caso seja detectado algum fator que possa gerar algum dano a mãe e ao feto, existe a referência e contra referência, que consiste no encaminhamento para uma assistência especializada caso o profissional detecte que a mulher necessita desse acompanhamento.

É notório a evolução de políticas, programas, leis, portarias que objetivam assistir a mulher sobretudo grávida, da melhor forma possível, de maneira satisfatória, foram muitas conquistas alcançadas ao longo dos anos pelas e para as mulheres, que necessitou de um olhar diferenciado frente as especificidades que demandam este momento único da vida da mulher. Mesmo diante dessas estratégias o número de mulheres que desenvolvem complicações durante a gravidez culminando em parto prematuro, retardo no desenvolvimento do feto, baixo peso ao nascer até a morte materna, fetal e neonatal, entre outros, são números expressivos que não podem ser ignorados (MOURA, et al., 2018)

A redução da mortalidade materna é algo tão sério que foi incluída dentro no conjunto de metas a serem alcançadas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) (ONUBR, 2010).

Entretanto, o acesso desigual aos serviços de saúde e demoras na identificação e manejo das complicações relacionadas à gestação permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência e o bem-estar de mulheres (e crianças) em todo o mundo (SOUZA, 2015).

3.2 SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

A SHEG é uma das complicações mais frequente na gravidez, contudo seu progresso é positivo em gestantes com as formas menos agressivas da doença, já as formas mais graves como a eclampsia e a síndrome HELLP, são as principais causas de morbimortalidade materno e perinatal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), 14% dos óbitos maternos no mundo, são causados pela hipertensão, variando de 12,9% nos países desenvolvidos e na América Latina de até 22,9%.

[...]além da eclampsia e síndrome HELLP, outras situações graves podem estar associadas à SHEG, como descolamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda. As complicações perinatais incluem prematuridade, restrição do crescimento fetal (RCF), sofrimento fetal e morte perinatal (ZUGAIB, 2012, p.633).

A hipertensão gestacional condiz com casos em que há um aumento da pressão sanguínea, sem aparecimento de proteinúria, após 20 semanas de gestação, voltando aos níveis tensionais normais após o parto, de 6 a 12 semanas. A hipertensão é definida como pressão sistólica (PS) ≥ 140 mmHg ou pressão diastólica (PD) ≥ 90 mmHg. De 20 a 50% das mulheres com hipertensão gestacional manifestam proteinúria, isto é, pré-eclâmpsia (REZENDE, 2016).

Sendo assim, as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação possuem várias formas clínicas que transcorrem em gravidade crescente. A pré-eclâmpsia que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria, compromete todos os órgãos e sistemas maternos, com mais gravidade os sistemas vascular, hepático, renal e cerebral. No início apresenta-se assintomática e seu diagnóstico depende do exame físico e de exames laboratoriais realizados pela gestante. Se não tratada ou não interrompida a gestação evolui para formas mais graves como a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

Quando a gestante apresenta crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, na ausência de doenças neurológicas, caracteriza-se como eclâmpsia. Neste caso, a gestante costuma apresentar sinais e sintomas característicos da doença, como cefaléia frontal/occipital, torpor, obnubilação e alterações de comportamento, assim como alterações visuais, como escotomas e visão embaçada, e alterações gástricas, como náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005). A síndrome HELLP se constitui de alterações na ativação plaquetária, na elevação dos níveis séricos de ocitocinas que levam ao vaso espasmo, acarretando obstrução sinusoidal e infarto hepático (SANDRINE et al., 2010).

Os sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser confundidos facilmente com pré-eclâmpsia grave, pois apresentam dor na parte alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas e mal-estar generalizado. Sendo assim é fundamental uma avaliação laboratorial correta, pois quando a mesma não é realizada esses sintomas passam despercebidos, sendo feito um diagnóstico apenas com o agravamento do quadro (MORAES et al., 2011).

Diversos fatores contribuem para a evolução da SHEG, sendo sua maior incidência quando presente em situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dietas hipoprotéicas e hipersódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica (REZENDE, 2016).

Diante do conhecimento sobre os sinais e sintomas da SHEG, a equipe de saúde precisa está preparada para realizar as condutas específicas para as variadas formas da doença, adotando o melhor desfecho para cada situação. Frente a isso, nos casos de Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia, na presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a

pressão começar a aumentar, a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. Assim que se tiver o diagnóstico, a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional.

Na Pré-eclâmpsia Leve as gestantes de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo. As gestantes com diagnóstico de Pré-Eclâmpsia Grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais, avaliando a necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação. Na ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracterizando o quadro de eclâmpsia, a conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais. Sendo assim, é vital que médicos e enfermeiros, participantes na atenção ao pré-natal, busquem sempre estar atualizados sobre os fatores de risco da SHEG, atentando sempre para a especificidade de cada variante da mesma, com finalidade de identificar e tratar precocemente, contribuindo assim para a redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

3.3 FATORES DE RISCO

Perante a realidade de que ainda é elevado o quantitativo de gestações de alto risco, faz-se de essencial relevância a identificação dos fatores que ocasionam a complicação de uma gravidez, com o intuito de verificar as possíveis medidas a serem aplicadas para prevenção das complicações e reduções da mortalidade materna (COSTA, et al., 2016).

Diante desse fato, em uma gestação algumas condições antecedentes ou até mesmo atuais podem integrar um fator de risco. O histórico familiar, primiparidade, gemelaridade, obesidade, tabagismo, etilismo, diabetes, gravidez precoce ou tardia, hipertensão arterial pré-existente ou em gestações anteriores, histórico familiar de SHEG, doença trofoblástica gestacional, aloimunização ao fator Rh, doença renal pré-existente e intervalo interpartal maior que 10 anos são alguns dos fatores de risco associados mais frequentes e que podem se caracterizar como um sinal de alerta para os profissionais de saúde.

Dito isso, um dos grandes grupos relacionados aos fatores de risco, são as primíparas, que são aquelas gestantes de um parto com mais de 20 semanas, ou seja, que estão na sua primeira gestação (primigesta), esses casos são bastantes frequentes na adolescência, e se tornam um importante assunto de saúde pública devido ao elevado número de casos que ocorrem no Brasil e no mundo (MALHEIROS et al., 2017). Segundo Brito et al. (2015) são as

mais acometidas por pré-eclâmpsia, pois está relacionado ao estresse que geralmente acomete a primeira gestação, sendo um fator importante para o surgimento dessa síndrome.

Seguido da gemelaridade, como um dos componentes da grade de fatores de risco, que se caracteriza por aquelas mulheres que apresentam uma gravidez de dois conceptos, que segundo Souza et al. (2014) prevalece em 14% dos casos de pré-eclâmpsia.

A obesidade é definida como um distúrbio metabólico crônico e de diversos fatores resultado de um desequilíbrio positivo entre ingesta calórica e o gasto energético, ocasionando o aumento de peso, acima dos valores considerados normais para determinada altura, sendo manifestado através do excesso de tecido adiposo no organismo. O peso materno, influencia diretamente na boa qualidade da gestação, particularmente mulheres com $IMC > 30$ têm de duas a três vezes maiores chances para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Estudos estatísticos demonstram que o risco de pré-eclâmpsia dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m no IMC pré-gestacional (FERREIRA, 2014).

Seguindo do tabagismo, que de acordo com Santos et al. (2015) é considerado um grande problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no mundo.

Dados recentes publicados em 2010, avaliando moradores de capitais brasileiras, mostraram uma prevalência de 12,4% de tabagistas do sexo feminino e, em algumas capitais, a proporção de mulheres fumantes está muito próxima da dos homens (WHO, 2010).

O uso do cigarro durante a gestação associa-se o maior risco de intercorrências maternas e tal observação é feita pela análise comparativa do risco de intercorrências entre as gestantes e não fumantes (SANTOS et al., 2015).

A literatura nos mostra que consumo de bebidas alcoólicas são alvos constantes de debates devidos aos seus aspectos negativos, como a dependência, se tornando o caso de saúde pública. Uma amostra populacional significativa, estima que o consumo excessivo de álcool seja o responsável por aproximadamente de 10 a 30% dos casos de hipertensão (ALMEIDA et al., 2016).

A exposição ao álcool acarreta piora também à saúde da mãe, como doenças cardiovasculares, câncer, depressão e distúrbios neurológicos. Além de estar relacionada ao baixo número de consultas no pré-natal, ganho de peso gestacional insatisfatória e elevado risco de utilização de outras drogas. Calcula-se que cerca de 20 a 25% das gestantes consumam esporadicamente algum tipo de bebida alcoólica (FREIRE et al., 2009).

Entre outros fatores de risco está a diabetes se descrita como um determinado grupo de fatores que resultam na elevação de glicose no sangue. O diabetes mellitus gestacional (DMG) é considerado o problema metabólico mais frequente na gravidez e sua prevalência pode variar de 1 a 14% – estudos com a população brasileira têm mostrado prevalências de DMG variando entre 2,9 e 6,6% (OLIVEIRA, 2015).

Segundo a OMS, 2016 gravidez precoce é o termo empregado para mulheres com idade entre 10 a 19 anos. Conforme Magalhães et al. 2006, gravidez na adolescência apresentam grande ocorrência de casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. E gravidez tardia definida por gestantes com idade maior que 35 anos. Justificado por Araújo et al. 2017, que devido ao comprometimento vascular da idade, são mais propensas a adquirir a SHEG.

A Hipertensão arterial crônica é definida pela permanência de elevados níveis da pressão sanguínea ($\geq 140 \times 90$ mmHg) mesmo em repouso, tornando-se um importante condicionante para o surgimento de doenças cardiovasculares (ALMEIDA et al., 2016).

Reitera Oliveira et al. 2006, sendo um grande fator de risco para pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial crônica se apresenta em torno de 5% das gestações. Como fator de risco relacionado aos antecedentes familiares a histórico de SHEG indicam risco superior de recorrência da mesma em gestações futuras (ARAÚJO ET AL. 2017)

De acordo com Maestá e Braga (2012), a doença trofoblástica gestacional inclui um seletivo grupo de condições integradas, provenientes de trofoblastos placentários, que divergem no intuito para regressão, invasão, metástase e recidiva. As pacientes que possuem essa patologia, enfrentam o crucial desafio de serem diagnosticadas precocemente e conseqüentemente iniciem o tratamento (antes de 10–12 semanas de gravidez), sendo fundamental para evitar complicações clínicas como a pré-eclâmpsia.

Para Baiocchi e Nardoza (2009) a aloimunização ocorre geralmente em transfusão de sangue incompatível e nas gestantes, e é caracterizada pela formação de anticorpos quando há a exposição do indivíduo a antígenos não próprios, como nos casos de grávidas cujos fetos possuem em suas células sanguíneas antígenos apenas de origem paterna, que podem chegar à materna durante a gestação ou parto.

A doença renal crônica fundamenta-se pelas alterações na taxa de filtração glomerular e/ou pela presença de lesões no parênquima, permanentes por pelo menos três meses. Os profissionais devem ser rigorosos com relação a verificação dos níveis pressóricos, o que nas gestantes são essenciais para o controle de possíveis síndromes hipertensivas (BASTOSE; KIRSZTAJN, 2011).

Outro fator de risco presente na SHEG é o intervalo igual ou maior que 10 anos entre uma gestação e outra (OMS,2016), confirmado através de diversas literaturas sobre fatores de riscos relacionados a SHEG.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa.

Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. E por se tratar de um estudo prospectivo, pretende-se avaliar a existência de uma relação entre um determinado fator e seu resultado, porém, sem interferir diretamente na relação analisada. Os sujeitos do estudo são seguidos da “causa” para o “efeito”, ou seja, acompanhando o processo a ser pesquisados neles.

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade, as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2002).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado posteriormente nas enfermarias obstétricas Santa Rita e Santa Marta da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), que possui 31 leitos em cada enfermaria, onde as gestantes que deram entrada na instituição pela urgência obstétrica são internadas para tratamento de patologia obstétrica. A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, é um órgão da administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública, certificada como Hospital de Ensino. O novo prédio da instituição: a Unidade Materna Infantil Dr. Almir Gabriel, também conhecida como Nova Santa Casa, conta com 406 novos leitos instalados em uma área de 22 mil metros quadrados. O complexo tem oito andares, com leitos, distribuídos nas alas de pediatria, neonatologia, UTI materna e pediátrica, maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), ala para o programa “Mãe Canguru” e acolhimento obstétrico. A FSCMP tem como finalidades primordiais: a Assistência, o Ensino e a Pesquisa, de acordo com o Perfil Assistencial na Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher, e Atenção à Saúde do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação. É um hospital que atende 100% SUS, está cadastrada como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido (PARÁ, 2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo 33 gestantes com diagnóstico de SHEG internadas nas enfermarias Santa Rita e Santa Marta da maternidade da FSCMP.

4.3.1 Critérios de inclusão

Grávidas de feto vivo, em condições clínicas e psicológicas para participação no estudo, com diagnóstico de SHEG, independente da forma clínica, sem restrição de idade, que realizaram o pré-natal com no mínimo quatro consultas, independente se realizado na rede pública ou privada e possuam a caderneta de gestante.

4.3.2 Critérios de exclusão

Gestantes que não possuem diagnóstico de síndrome hipertensiva descrito em prontuário, não estar de posse da carteira de gestante no momento da coleta de dados, grávidas de óbito fetal e puérperas.

4.4 COLETA DE DADOS

Antes da coleta de dados foi realizada uma pré-seleção das gestantes, por meio da análise dos critérios de inclusão, identificados em 33 prontuários. A abordagem à gestante ocorreu através do esclarecimento dos objetivos do estudo e convite para participação, que após aceite, as maiores de 18, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e os responsáveis legais das menores de 18 anos assinaram o TERMO DE ASSENTIMENTO (Apêndice B).

A coleta dos dados se deu através da aplicação de um instrumento pré-formulado pelas pesquisadoras (Apêndice D), contendo variáveis objetivas e subjetivas, relacionadas a dados sociodemográficos, condições gineco-obstétricas, diagnóstico médico e pré-natal atual e às intercorrências que as levaram a internação. Os dados coletados foram provenientes de informações contidas na caderneta do pré-natal, da própria gestante e do prontuário, através deles foi possível criar 7 eixos: Perfil sociodemográfico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG; Perfil obstétrico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG; Classificação da SHEG conforme prescrição em prontuário das gestantes internadas; Fatores de risco da SHEG identificados durante o pré-natal; Condutas relacionadas aos sinais e sintomas da SHEG durante o pré-natal; Gestantes que apresentaram alteração na pressão arterial durante o pré-natal e condutas relacionadas a essa alteração; Informações sobre o pré-natal.

A pesquisa foi realizada no período de 01 a 30 de novembro de 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados no programa do Microsoft Office Windows Excel e demonstrados através de gráficos e tabelas e analisados através de estatística descritiva, por meio de número absoluto e relativo.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Para a realização desta pesquisa, foram obedecidas as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvam seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi realizada após autorização da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) sob o parecer de nº 2.903.855 (Anexo A) e FSCMP sob o parecer de nº 2.993.064 (Anexo B), bem como mediante a assinatura voluntária das participantes do estudo, do TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo teve como finalidade investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de SHEG. Para tanto, foi necessário traçar o perfil sócio demográfico e obstétrico e fatores de risco presentes durante o pré-natal, a fim de relacionar tais informações com a presença da patologia durante o período gravídico e, portanto, identificar as condutas realizadas pelos profissionais.

A fim de organizar as informações coletadas e descrição dos resultados obtidos foram elaborados eixos de acordo com os objetivos do estudo, conforme descritos abaixo:

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES INTERNADAS COM DIAGNÓSTICO DE SHEG

As variáveis estudadas para identificar o perfil sociodemográfico das participantes do estudo foram: idade, escolaridade, raça/cor, residência, ocupação/profissão e estado civil.

Como podemos observar na tabela 1, em relação à idade, verificou-se que a maioria das gestantes tinham entre 19 e 34 anos (66,67%). Quanto a escolaridade, um número considerável possuía o ensino médio completo (45,45%). Sobre a variável raça/cor a grande maioria se considerava parda (87,88%).

Em relação ao local de residência, de acordo com a localização de seu município de moradia, dividiu-se em duas categorias: residentes na região metropolitana de Belém e moradoras do interior do estado do Pará. Com isso, identificou-se que 18/33 mulheres residiam na região metropolitana (54,55%), conforme tabela 1.

Dentre o número absoluto de gestantes internadas no hospital, em relação a profissão/ocupação, verificou-se que 16 participantes relataram serem “do lar”, ou seja, desenvolvem atividades domésticas em suas residências, outrora conhecidas e autointituladas “donas de casa”, sem exercer qualquer atividade remunerada (Tabela 1).

Por fim, conforme descrito na tabela 1, observou-se, no que se refere ao estado civil das gestantes, que a maior parte das entrevistadas (63,34%) encontra-se em uma união estável.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F (%)
Idade	19-34 anos	22	66,67
	≤ 18 anos	06	18,18
	≥ 35 anos	05	15,15
Escolaridade	Ensino médio completo	15	45,45
	Ensino fundamental incompleto	09	27,27
	Ensino médio incompleto	07	21,00
	Ensino superior completo	01	3,03
	Ensino superior incompleto	01	3,03
Raça/cor	Parda	29	87,88
	Branca	02	6,06
	Negra	02	6,06
Residência	Região metropolitana*	18	54,55
	Interior**	15	45,45
Ocupação/ Profissão	Trabalham fora	16	48,49
	Do lar	13	39,39
	Estudante	04	12,12
Estado civil	União estável	21	63,64
	Casada	06	18,18
	Solteira	06	18,18
	Total geral	33	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

*Formada pelos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Castanhal, Santa Isabel e Santa Bárbara.

**Demais municípios do Estado do Pará

Ao que tange a faixa etária e a raça/cor com maior prevalência neste estudo, é possível destacar semelhança com o estudo sobre mortalidade materna relacionado a SHEG realizado também em Belém-PA por Guerreiro et al. (2014). Os resultados do estudo desses autores também demonstram similaridade com o presente estudo em relação à escolaridade e estado civil.

Ainda sobre as variáveis escolaridade, ocupação/profissão e estado civil, este estudo corrobora com os dados encontrados por Costa et al. (2016) quanto à prevalência de gestantes com o ensino médio completo, “do lar” e em uma união estável.

Quanto ao local de residência das gestantes identificados neste estudo, acredita-se os resultados encontrados pode estar associado ao fato do hospital onde foi realizado este estudo, estar inserido na Região de Saúde Metropolitana I, onde há o maior número populacional do Estado (PARÁ,2016).

Observa-se que o perfil sociodemográfico encontrado nesse estudo pode demonstrar as características das usuárias do SUS, visto que os demais estudos utilizados na discussão também foram realizados em instituições públicas e, portanto, acredita-se que poderíamos ter resultados diferentes caso os estudos fossem realizados em instituições privadas de saúde. Portanto, essas informações não podem ser utilizadas como descrição absoluta do perfil de gestantes internadas com diagnóstico de SHEG.

5.2 PERFIL OBSTÉTRICO DAS GESTANTES INTERNADAS COM DIAGNÓSTICO DE SHEG

A descrição do perfil obstétrico faz-se importante pela relação com os fatores de risco presentes na SHEG e início dos sinais e sintomas da síndrome. Para tanto, foram estudadas nesta pesquisa as seguintes variáveis: número de gestações, número de abortamentos e idade gestacional.

Na tabela 2 observa-se que quase metade das gestantes (48,49%) eram primigestas, sendo que, das que já haviam engravidado anteriormente, 70,58% não apresentavam histórico de abortamento anterior. Nessa mesma tabela, verifica-se que todas as participantes do estudo tinham idade gestacional maior que 27 semanas, no entanto, a maioria das gestantes (63,63%) no momento da coleta dos dados, estavam em uma gestação prematura.

Tabela 2 - Perfil obstétrico das gestantes internadas com diagnóstico de SHEG, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F %
Nº de gestações	Primigestas	16	48,49
	Secundigestas	14	42,42

Tabela 2 - Continuação

Nº de gestações	Multigestas	03	9,09
Nº de Abortamentos	Não	12	70,58
	Sim	05	29,41
Idade gestacional (semanas)	37 – 41	12	36,37
	27 – 33	11	33,33
	34 – 36	10	30,30
	Total geral	33	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

Segundo Moura et al. (2010) está mais do que comprovado que a primiparidade é um fator preponderante no perfil das mulheres que apresentam SHEG. Fato esse, demonstrado também nesse estudo, visto um número considerável de mulheres nesta situação.

De acordo com Gonçalves, Fernandes e Sobral (2005), o fato de a SHEG ser desencadeada geralmente no final do segundo trimestre, pode justificar a internação das mulheres após 27 semanas como mostra a tabela 2.

A respeito da idade gestacional, o estudo utilizado para essa argumentativa (MACKAY; BERG; ATRASH 2001) diz que o surgimento da pré-eclâmpsia em idade gestacional inferior a 32 semanas é associado à mortalidade materna 20 vezes maior, em relação à pré-eclâmpsia que ocorre nas gestações a termo, sendo esse último a classificação predominante da idade gestacional das gestantes descritas.

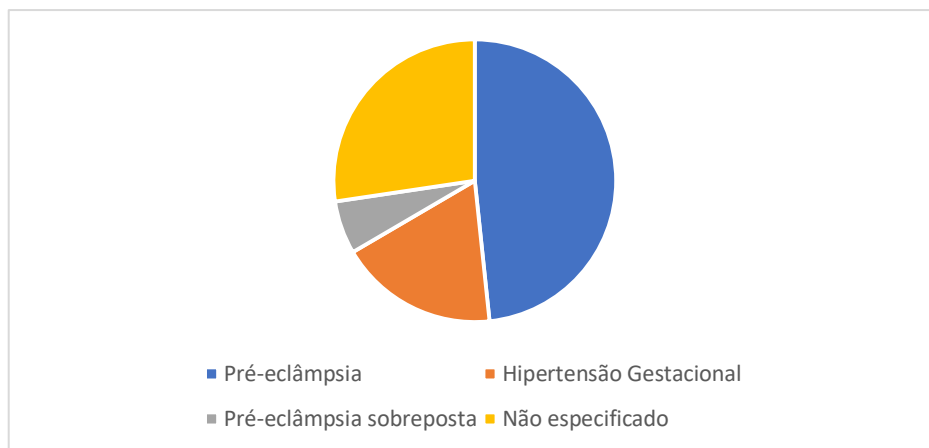
Este estudo demonstra, conforme descrito na literatura, que as gestantes desenvolvem sinais e sintomas da síndrome, bem como seu agravamento, no terceiro trimestre de gestação. Para tanto, vale ressaltar a importância em identificar o início desses sinais, a realização de exames específicos e acompanhamento pré-natal conforme o desenvolvimento da gestação, daí a grande contribuição do profissional que atua no programa de pré-natal em conhecer e saber qual conduta adequada a ser realizada.

5.3 CLASSIFICAÇÃO DA SHEG DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO NA INTERNAÇÃO

A fim de identificar a conduta durante o pré-natal e tratamento adequado após o diagnóstico, realizou-se a classificação da SHEG descrita nos prontuários das gestantes participantes do estudo.

Em relação a isso, o gráfico 1 demonstra que quase metade das gestantes foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia (48,49%), no entanto, vale ressaltar que 27,27% não tiveram classificação definida. Observou-se, também, que não houve classificação de casos de eclampsia, síndrome HELLP e hipertensão crônica.

Gráfico 1 – Classificação da SHEG conforme descrição em prontuário das gestantes internadas na FSCMP, novembro de 2018.



Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

Amorim et al. (2017) e Xavier et al. (2013) trazem a assertiva que dentre os distúrbios hipertensivos, a pré-eclâmpsia é o que mais acomete as gestantes, corroborando com o presente estudo.

Um fato que precisa ser discutido é o acontecimento de uma grande parte das gestantes não terem a definição do diagnóstico quanto a forma de SHEG, vê-se aí uma falha digna de nota, pois é de extrema importância que haja a identificação correta do diagnóstico para que o tratamento seja adequado e eficaz como fortalece Neto, Souza e Amorim (2010).

Neste contexto observou-se, a fragilidade da assistência à saúde das gestantes, além da falha na identificação da classificação da síndrome, percebeu-se ainda que maioria relatou ter sido hospitalizada após o agravamento dos sinais e sintomas da SHEG, por desconhecerem a gravidade do caso. A falta de informação sobre seu quadro de saúde, também foi uma das inquietações verbalizadas pelas gestantes, que eram escassamente informadas no hospital sobre

seu estado real de saúde, desconhecendo por vezes a gravidade da evolução da patologia instalada que por sua vez pode aumentar o nível de estresse e ansiedade entre elas.

5.4 FATORES DE RISCO DA SHEG IDENTIFICADOS DURANTE O PRÉ-NATAL

Os fatores de risco pontuados nesse estudo, foram utilizados com base em leituras prévias de literatura e artigos (MOURA 2010; BRASIL, 2012; FERREIRA, 2014; ARAÚJO et al. 2017;), sendo um total de 16 fatores, esse número amplo justifica-se pelas discordâncias entre os autores sobre o que pode ou não ser utilizado como referência para definição de diagnóstico de SHEG.

Observou-se, neste estudo, que cada gestante apresentou em média 5 fatores de risco dentre os elencados. Destacamos na tabela 3, os quatro (4) fatores que mais foram identificados na coleta de dados, sendo mais prevalentes o histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) que esteve presente em 29/33, ou seja, na grande maioria das mulheres, seguido de primiparidade (48,48%), etilismo (42,42%) e obesidade (27,27%), levando em consideração a totalidade de mulheres entrevistadas.

Tabela 3 - Fatores de risco da SHEG identificados durante o pré-natal, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F %
Fatores de risco	Histórico familiar de HAS	29	87,87
	Primiparidade	16	48,48
	Etilismo	14	42,42
	Obesidade	09	27,27
	Histórico familiar de SHEG	06	18,18
	Intervalo interpartal > 10 anos	05	15,15
	Gemelaridade	03	9,09
	Tabagismo	02	6,06
	Diabetes gestacional	02	6,06
	Gravidez precoce	01	3,03
	SHEG em gestas anteriores	03	6,06

Tabela 3 - Continuação

Fatores de risco	HAS pré-existente	02	6,06
	Nenhum	02	6,06
	Outro	01	3,03
	Gravidez tardia	01	3,03
	Doença renal pré-existente	00	00
	Doença trofoblástica gestacional	00	00
	Aloimunização ao fator RH	00	00
	Total geral de ocorrências	96	100 (33)

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

O estudo de Brito (2015), além de corroborar o perfil sociodemográfico das gestantes (Tabela 1), traz também como fator de risco mais prevalente entre os casos, o histórico familiar de Hipertensão Arterial Crônica, identificados nos resultados extraídos (Tabela 3). O estudo de Brito (2015), destaca inclusive o grupo das primigestas, como as mais acometidas por pré-eclâmpsia, este diretamente ligado com o fato de a primeira gestação está associada, em geral, a uma situação de maior estresse, sendo por esta razão considerada um fator de risco importante, ganhando destaque nesta pesquisa (TAKIUTI; KAHHALE, 2011).

O etilismo é um fator de risco para inúmeras patologias (BRASIL, 2012), não sendo diferente para SHEG. Pela literatura analisada (SANTOS et al, 2012) o etilismo, aparece em segundo lugar como fator de risco no perfil de risco gestacional. Assim como a obesidade que aqui ocupa a quarta colocação, no estudo intitulado “Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas” de Ferrão et al (2006) também ocupa a quarta colocação sobre os fatores de risco predominantes. Raposo et al. (2011) ratifica que a obesidade aumenta o risco de hipertensão gestacional.

O manual de gestante de alto risco diz que:

Todos os profissionais que prestam assistência a gestantes devem estar atentos à existência desses fatores de riscos e devem ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2012, p.14).

Diante do exposto e do que é preconizado pelo Ministério da Saúde é de grande relevância o domínio científico da equipe de profissionais da saúde sobre a SHEG e de seus fatores de risco, vista que de acordo com essas informações a gestante pode precocemente ser

classificada como gestante de alto risco, podendo assim receber os cuidados apropriados durante seu acompanhamento pré-natal.

5.5 CONDUTAS REALIZADAS DURANTE O PRÉ-NATAL

O preenchimento adequado de informações na caderneta da gestante e prontuário, faz-se necessário pois suas transcrições influenciam na organização e planejamento dos serviços de saúde influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada. A falta dessas informações, apontam a importância do relato das participantes como fonte de complemento de dados não encontrados. Além de ser um importante meio de captação de informações sobre as condutas realizadas mediante o surgimento de sinais e sintomas da SHEG, no qual não houveram registros ou não houveram assistências realizadas.

Os sinais e sintomas mais característicos da SHEG, segundo a literatura utilizada (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018) são: Pressão arterial igual ou superior a 140x90mmHg, proteinúria, edema de mãos, edema de face, edema generalizado que não desaparece com o repouso (mesmo que para alguns autores o edema não sendo mais considerado como critério de diagnóstico), plaquetopenia, insuficiência renal, lesão hepática, edema pulmonar, sintomas neurológicos ou visuais, aumento súbito de peso, cefaléia, epigastralgia, convulsões não epiléticas, aumento dos níveis sanguíneos de ácido úrico e aumento das enzimas hepáticas, entre outros.

Em relação a esses sinais e sintomas, 32/33 gestantes referiram ter apresentado algum deles durante o acompanhamento pré-natal, cerca de 37% relatou que os profissionais não realizaram nenhuma conduta frente ao exposto ou apresentado. Destas, 21,87% tiveram prescrição de medicamentos anti-hipertensivos, 18,75% relataram que os profissionais (médicos, enfermeiros e nutricionistas) orientaram sobre cuidados com a alimentação. Entretanto, observou-se que 3/32 não informaram aos profissionais sobre suas queixas (Tabela 4).

Tabela 4 - Condutas relacionados aos sinais e sintomas da SHEG durante o Pré-natal, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F %
Condutas relacionados aos sinais e sintomas da SHEG	Não tiveram nenhuma conduta assistencial	12	37,50
	Prescrição de medicamentos	07	21,87
	Cuidados com a alimentação	06	18,75
	Prescrição de exames	02	6,25
	Não informou ao profissional	03	9,37
	Encaminhada para u/e	01	3,13
	Encaminhada para urgência obstétrica	01	3,13
Total geral		32	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

Os dados da tabela 5 mostram que 14/32 gestantes, apresentaram alteração na pressão arterial como sinal da SHEG. A maioria das 14 (71,42%) não recebeu qualquer tipo de assistência, seguida das que receberam prescrição de medicamentos 14,28% e somente uma foi encaminhada para Urgência e Emergência (Tabela 5).

Tabela 5 – Gestantes que apresentaram alteração na pressão arterial durante o pré-natal e condutas relacionadas a essa alteração, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F (%)
Alteração da Pressão Arterial durante o pré-natal \geq 140x90mmHg	Não tiveram nenhuma assistência	10	71,42
	Prescrição de medicamentos	02	14,28
	Encaminhada para U/E	01	7,15
	Não souberam informar	01	7,15
	Total geral	14	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018

A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica (BRASIL, 2006), possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). Levando em consideração os dados mencionados (Tabela 4 e tabela 5) em relação ao que as literaturas

propõem sobre assistência pré-natal, vemos a falta de um manuseio ativo em relação as condutas que deveriam ter sido tomadas frente aos sinais e sintomas sinalizados pelas gestantes. O estudo “Nascer no Brasil” (LANSKY et al, 2014) apontou problemas na qualidade da atenção relacionados ao processo assistencial no pré-natal, a pesquisa afirma que esse problema na qualidade da assistência influencia diretamente no número de óbitos neonatais.

Conforme o proposto pelo manual de gestante de alto risco (BRASIL, 2012) na presença de um ou mais sintomas sugestivos de SHEG, devem ser realizadas condutas específicas para o diagnóstico correto, bem como a verificação da pressão arterial mais frequente concomitantemente a redução dos intervalos entre as consultas, além de solicitação de exames laboratoriais. O que vai em divergência aos resultados encontrados pelas pesquisadoras desse estudo. Indicando assim uma possível falha nas condutas realizadas diante aos sinais e sintomas de SHEG.

Percebe-se que neste caso específico as condutas a serem tomadas são simples, mostrando que os números (Tabela 4 e Tabela 5) poderiam ser diferentes se os profissionais que assistiram essas gestantes se conscientizassem sobre a importância da aplicação de condutas corretas frente ao exposto, comprometendo assim o desenvolvimento de uma assistência pré-natal de qualidade.

Sobre a prescrição de anti-hipertensivo como a conduta dos profissionais que mas prevaleceu tanto na tabela 4 quanto na tabela 5, o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), sugere que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for $> 150 \times 100 \text{mmHg}$, trazendo como objetivo do tratamento anti-hipertensivo na pré-eclâmpsia, alcançar a PA sistólica entre 130 a 150mmHg e a PA diastólica de 80 a 100mmHg.

Dados mais detalhados na tabela 6, trazem algumas informações mais pontuais sobre o pré-natal das gestantes desta pesquisa, mostra que a maioria das gestantes (78,78%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, tiveram 7 ou mais consultas (57,58%), a maioria das consultas foram com enfermeiros (as) (36,37%), porém sobre a classificação de risco, a maioria (48,48%) não eram classificadas durante as consultas mesmo que a maioria das que foram classificadas como alto risco (33,33%), tenham sido encaminhadas para o pré-natal de alto risco, este foi um ponto extremamente negativo durante esta pesquisa.

Tabela 6 – Informações sobre o pré-natal, FSCMP, novembro de 2018.

Variáveis	Descrição	Nº	F %
Trimestre que iniciaram o pré-natal	1º	26	78,78
	2º	6	18,19
	3º	1	3,03
Nº de consultas	4 consultas	2	6,06
	5 consultas	7	21,21
	6 consultas	5	15,15
	≤7 consultas	19	57,58
Profissional com quem as gestantes tiveram mais consultas	Enfermeiro (a)	12	36,37
	Médico (a)	10	30,30
	Mesmo nº com os dois	11	33,33
Classificação de risco na última consulta antes da internação	Risco habitual	6	18,19
	Alto risco	11	33,33
	Sem classificação	16	48,48
As de alto risco foram encaminhadas?	Sim	9	81,81
	Não	2	18,19
	Total parcial	11	100
Total geral		33	100

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2018. ¹ movimentos fetais; ² batimentos cardíacos fetais

Neste contexto vemos que algumas das características do pré-natal dessas mulheres se assemelham com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, em relação ao início precoce do pré-natal e o número mínimo de consultas, que deve ser 6, fator esse relevante à SHEG. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL,2012), expõe ainda, a importância dos intervalos entre as consultas reduzirem, ocasionando assim um número maior de consultas durante o pré-natal.

Entretanto estudos apontam que a qualidade do pré-natal está mais relacionada com a qualidade da assistência, incluindo as condutas dos profissionais, do que com os números de consultas preconizados ou a capitação precoce da gestante, fatos esses que não as impediram de serem hospitalizadas. Basso, Neves e Silveira (2012), Tomazi et al (2017) e Nunes et al (2016), afirmam sobre a importância da realização do pré-natal de qualidade e confirmam que vai além de a mulher somente ser inserida no programa, pois só a adesão ao pré-natal não é o

suficiente para anular riscos e agravos para mãe e feto, esses autores fortalecem a ideia que a qualidade se sobrepõe a quantidade.

A identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (HILL, 2004), mas como descreve a tabela 6, a maioria das participantes não havia esse registro evidenciado na caderneta de gestação, o que nos leva a refletir sobre a importância do preenchimento adequado como fator de influência na assistência prestada.

Os casos que foram identificados como alto risco, seguiram o que preconiza o manual de gestação de alto risco (BRASIL, 2012) relacionado as condutas que devem ser tomadas após essa classificação, relativo ao encaminhamento para uma assistência mais especializada.

Neste contexto, reitera-se relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os níveis de atenção, através do processo de enfermagem, que proporciona definir o plano de cuidados das pacientes (COFEN, 1999). Sempre objetivando os cuidados baseados em evidências, mas de forma holística.

Contribuindo com isto, a revisão integrativa de Ferreira et al. (2016), traz muito claramente a importância da assistência de enfermagem à paciente com Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia, no que tange as intervenções de enfermagem, a tomada de decisão na assistência à saúde e o plano de cuidados individualizado.

Não obstante, a atuação do enfermeiro (a) de fato depende de vários outros fatores não só de sua “boa vontade”, há uma série de fatores que contribuem para a realização das boas práticas de enfermagem, como a precariedade de recursos financeiros, falta de estrutura adequada, jornada de trabalho extensa, entre outros. (ERRICO et al, 2017). Não podendo eximir o poder público e seus representantes de suas responsabilidades. Pois, a manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Sabendo disso, é indiscutível a importância dessa assistência durante o período de maior mudança biopsicossocial da mulher que é a gestação, é inquestionável a grandiosidade das repercussões positivas na vida mulher grávida quando há uma assistência pré-natal realizada com qualidade, compromisso e respeito às políticas públicas e programas que visão garantir esse direito a mãe e bebê e de como isso os prejudica quando feito o inverso.

CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado com gestantes, na maioria, na faixa etária entre 19 e 35 anos, que possuía o ensino médio completo, se consideravam pardas, residiam na região metropolitana de Belém, relataram serem do lar e encontravam-se em uma união estável. Notou-se que a maior parte dessas mulheres era primigesta, com idade gestacional menor que 37 semanas, diagnosticadas com Pré-eclâmpsia. No entanto vale ressaltar que um número expressivo não teve sua classificação definida quanto a forma de SHEG.

Dos fatores de risco para SHEG indagados e pesquisados, cada gestantes apresentou em média pelo menos cinco, sendo os mais predominantes o histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica, primiparidade, etilismo e obesidade, demonstrando que a maioria já estava presente antes da gravidez e que deveriam ser conhecidos e acompanhados pelo profissional de saúde que acompanhava o pré-natal. O maior número de gestantes entrevistadas iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, participaram em média de 7 consultas, a maioria delas eram realizadas pelo profissional enfermeiro, quase metade das grávidas não foram classificadas quanto ao risco gestacional.

Ao verificar as condutas relacionadas aos sinais e sintomas da SHEG durante o pré-natal, pode-se constatar que um quantitativo relevante das integrantes do estudo não recebeu nenhum tipo de conduta assistencial mediante o exposto.

Como qualquer pesquisa científica, encontrou-se nesse estudo algumas limitações que merecem destaque, como o número reduzido de participantes e o curto período para a realização da coleta. Os resultados poderiam ser diferentes se o estudo fosse realizado com um número maior de mulheres e com um tempo maior para a pesquisa, no entanto acredita-se que esse número é importante vista a semelhança com outros estudos e pesquisas relevantes sobre o tema abordado, acredita-se que o número de participantes da pesquisa e o tempo reduzido possa ser um viés para a mesma, porém esses fato não diminuem a relevância dos dados evidenciados. Todavia não se exclui a continuidade desta pesquisa posteriormente.

Com tudo o pré-natal pode influenciar diretamente nas internações hospitalares por SHEG, demonstrando a relevância desta pesquisa para o meio científico, para os gestores de serviços de saúde e sociedade de modo geral, visto que demonstra que há necessidade em melhor acompanhamento e orientação dessas mulheres que apresentam fatores de risco para SHEG e precisam de cuidado diferenciado em virtude da gravidade da patologia em casa de surgimento. Esses resultados podem contribuir como indicadores da qualidade do pré-natal na Região Metropolitana de Belém e fortalecer estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. S. O.; FOOK, S. M. L.; MARIZ, R. S. **Associação entre etilismo e subsequente hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistematizada.** Revista saúde e ciência online. v. 5, n. 1, p. 76-90, 2016. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/328/229>. Acesso em: 13 dez. 2018.
- AMORIM, F, C, M. et al. **Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.** Rev Enferm UFPE on line. Recife, v. 11, n. 4, p. 1574-1583, abr, 2017. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201703. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15225/17988>. Acesso em 11 dez. 2018
- ARAÚJO, I. F.M.et al. **Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação.** Rev Enferm UFPE on line. Recife, v. 11, supl. 10, p. 4254-4262, out, 2017. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201731. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231189/25175>. Acesso em: 14 dez. 2018
- ARAÚJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n.2 jul-dez, 2010. Disponível em <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>. Acesso em 15 jan. 2018.
- BAIOCHI, E.; NARDOZZA, L. M. M. **Aloimunização.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.31, n. 6, p. 311-319, jun, 2009.
- BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. **Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, abr-jun, 2012.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. **Doença Renal Crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise.** J Bras Nefrol. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria N° 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União.** República Federativa Do Brasil, Brasília, Seção1, p. 109, 27 jun, 2011.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 126, 7 jul de 2005.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p.89, 31 de dez de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: **manual técnico**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 11 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco. Manual técnico**. 3ª ed. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª. ed. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 5. ed. –Brasília: MS, 2012. 302 p.

BRASIL. MS/SVS/DASIS. Nascidos vivos – Brasil. Nascim p/resid. mãe segundo Região. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2016a. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def> Acesso em 11 jan. 2018.

BRASIL. **Normas e manuais técnicos**: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 3. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**.: assistência humanizada à mulher. Brasília. MS. 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 25 de jun. 1986.

BRASIL. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília (DF): MS, 2000. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em 15 jan. 2018.

BRASIL. **Normas e manuais técnicos**: Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. v 1. 84 p. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Seção 1 p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso 01 fev. 2018.

BRITO, K. K. G. et al. **Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG)**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.

2717-2725, jul-set, 2015. ISSN 2175-5361. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750947008>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

CABRAL L. C. L. C. S.; COSTA, C. F. F.; FERNANDES, CABRAL JR, S. F. **Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 739-744, 2003.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento.** Acta Paulista de Enfermagem. v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 11 dez. 2018.

COSTA, D. L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Revista Cogitare Enfermagem. Curitiba, v. 21, n. 2, 2016.

[COSTA, H. L. F. F.](#); [COSTA, C. F. F.](#); [COSTA, L. O. B. F.](#) **Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 631-635, 2003.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. F. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Recife, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.

CUNHA, M, A. et al. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco, Acre, Amazônia. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.36, n.1, p.174-190 jan./mar, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/13.pdf>. Acesso em 15 jan. 2018.

ERRICO, L. S. P. et al. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. Rev Bras Enferm. v. 7, suppl. 3, p. 1335-1343, set, 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1257.pdf. [Acesso em 11 de dez. de 2018](#)

FERRÃO, M. H. L. et al. **Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas.** Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 52, n. 6, p. 390-394, 2006.

FERREIRA, M. B. G. et al. **Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 324-334, jan, 2016.

FERREIRA, M. C. H. S. *Obesidade na gravidez e seus fatores de risco*. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 83-112, 2009.

FREIRE, C.; TEDOLDI, C. L. **Hipertensão arterial na gestação**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. **Fatores de risco associados ao uso de álcool e cigarro na gestação**. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.335-341, jul, 2009.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. Apresentação Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém- Pará. 2017. Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php> Acesso 01 fev. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R.; FERNANDES R. A. Q.; S, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm*. Brasília, v. 58, n. 1, jan-fev, p. 61-64, 2005.

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

HILL, Z.; KIRKWOOD, B.; EDMOND, K. **Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence**. Geneva, World Health Organization; 2004.

KAHHALE, S.; FRANSCISCO, R. P. V.; ZUBAIB, M. Pré-Eclampsia. *Rev Med*. São Paulo, v. 97, n. 2, p. 226-234, mar-abr, 2018.

LANSKY, S. et al. **Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-207, fev, 2014.

MACKAY, A. P.; BERG, C. J.; ATRASH, H.K. **Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia**. *Obstet Gynecol*, v. 97, n. 4, p. 533-538, abr, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nih.gov/pubmed/11275024>. Acesso em 12 dez.2018

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.

MAESTÁ, I.; BRAGA, A. **Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p. 143-146, abr, 2012.

MALHEIROS, G. C.; FREIXO, H. O.; ABREU, A. M. O. W. **Correlação da primiparidade de mães adolescentes com suas filhas grávidas**. Revista científica da FMC. Campos dos Goytacazes, v. 12, n. 3, p. 21-26, 2017.

MARANHÃO, A. G. K. et al. **Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010**. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS; v. 1, p. 163-82, 2012.

MIOT, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **JVasc Bras**. Porto Alegre, v. 10, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01> Acesso em: 16 jan. 2018.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. Brasília: Ministério da Saúde 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 13 dez. 2018.

MONTENEGRO, C. A. B., REZENDE, J. F. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MORAES, M. S. T. et al. **Síndrome HELLP: proposta de um plano assistencial**. Revista Saúde Coletiva, São Paulo, v. 8, n. 54, p. 244-248, 2011.

MOURA, B. L. A. et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 1, 2018.

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

MOURA, E. R. S.; HOLANDA JR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. São Paulo, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NETO, C. N.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. **Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 32, n.9, set, 2010.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. **Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.

NUNES, J. T. et al. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015**. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, jun, 2016.

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. Brasília, v. 24, n. 3, p. 441-451, jul-set, 2015.

OLIVEIRA, C.A. et al. **Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, jan-mar, 2006. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

ONUBR. Organização das Nações Unidas Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/os-oito-odms/> . Acesso em :25 mai. 2018.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** 2016. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/nisplan/plano-estadual-saude-2016-2019.pdf> Acesso em: 11 dez. 2018.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior de São Paulo em 2005. **Ver Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n.1, p. 113-124. 2008.

PEIXOTO, S. **Pré-Natal.** 3 ed. São Paulo: Rocca, 2004.

PERAÇOLI, J C.; PARPINELLI M A. **Síndromes hipertensivas da gestação: Identificação de casos graves.** Resultado. Rev Bras Ginecol Obstet. v. 27, n.10, p. 627-634. 2005.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan-mar. 2008.

RAPOSO, L. et al. **Complicações da Obesidade na Gravidez.** Arq Med. Porto, v. 25, n. 3, p. 115-122, jun. 2011.

SANDRINE, F.; ROCHA, R.B.; ROSA, D.M. et al. **Ruptura de hematoma subcapsular hepático e Síndrome HELLP: fisiopatologia diagnóstica e bases do tratamento.** Revista Emergências Clínicas. São Paulo, v. 5, n. 25, p. 126-130, jul-ago. 2010.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial. p. 61-71, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/4661/3477> Acesso em: 03 jun 2018.

SANTOS, E. M. F. et al. **Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 102-106, jan, 2012.

SANTOS, H. T. S. et al. **Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações ao feto.** Rev Enferm UFPE. Recife, v. 9, suppl. 9, p. 9978-9982, 2015.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set-out, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro, Koogan, 2009.

SOUZA, G. S. et al. **Doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG): uma revisão integrativa.** EFDeportes Revista Digital, Buenos Aires, ano 2009, n. 195, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd195/doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez.htm>. Acesso em: 13 dez. 2018.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, Ribeirão Preto, v. 37, n.12, p. 549-551.

SOUZA, K. M. J. et al. **Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.70, n.3, 2017.

TAKIUTI, N. H.; KAHHALE, S. **Estresse e pré-eclâmpsia.** Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 88-89, abr-jun, 2001.

TOMASI, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-11, mai, 2017

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 85-100, dez, 2014.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** 4. ed. São Paulo, Atlas, 2003.

World Health Organization. Geneva: World Health Organization. World No Tobacco Day 2010 - Theme: Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/wntd/2010/gender_tobacco/en/ Acesso em: 11 dez. de 2018.

XAVIER, R. B. et al. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. v. 12, n. 4, p. 1-11, out, 2013. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/html_58. Acesso em: 11 dez. 2018.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia Zugaib.** Editora Manole. 2ª Edição. 2012.

COSTA, L. D. et al. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco.** Cogitare Enferm. Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr-jun, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo **Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**, que tem como objetivo geral investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico.

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido pelas acadêmicas de enfermagem Jackeline Chaves Fonseca e Karina Barros Lopes juntamente as orientadoras professoras Elisângela da Silva Ferreira e Débora Talitha Neri, da Universidade Federal do Pará.

A pesquisa consistirá na aplicação de um instrumento contendo perguntas objetivas acerca do seu pré-natal, juntamente com a coleta na caderneta da gestante, esta pesquisa visa contribuir com a comunidade científica e a prática assistencial dos profissionais de saúde às gestantes.

A qualquer momento da realização desse estudo você poderá receber os esclarecimentos que julgar necessários. Você poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo no seu atendimento. O sigilo das informações será preservado. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação serão usados para fins unicamente acadêmico- científicos e apresentados na forma de TCC, monografia ou artigo científico, não sendo utilizados para qualquer fim comercial ou financeiro.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

JACKELINE CHAVES FONSECA

Pesquisadora

Licenciatura e Bacharelado em
Enfermagem FAENF/ICS/UFPA

KARINA BARROS LOPES

Pesquisadora

Licenciatura e Bacharelado em
Enfermagem FAENF/ICS/UFPA

Profa. MSc. ELISÂNGELA DA SILVA
FERREIRA
Orientadora FAENF/ICS/UFPA

Profa. Esp. DÉBORA TALITHA NERI
Co-orientadora FAENF/ICS/UFPA

Eu, _____, aceito participar do estudo: **Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**. Forneço o consentimento, após esclarecimentos prestados a mim sobre os objetivos e condições da realização da pesquisa, permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados sem a menção da minha identidade.

Belém, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO

O assentimento informado para o adolescente com 16 anos completos, maiores de 16 anos e menores de 18 anos, não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais ou guardiães. O assentimento assinado pelo mesmo demonstra a sua cooperação na pesquisa.

O assentimento significa que você concorda na sua condição de adolescente, participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, realizarei uma pesquisa que tem por título: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES? Com o objetivo de investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico. Convidamos você a participar do estudo respondendo a um conjunto de perguntas sobre sua gestação e pré-natal, na forma de uma entrevista. A entrevista será realizada através de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Esta pesquisa tem o risco de perda de sigilo, porém para garantir o seu anonimato utilizaremos apenas suas iniciais para identificá-la. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e guardadas por cinco anos e que na divulgação dos resultados seu nome não aparecerá, já que usaremos apenas suas iniciais. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo anotado lhe será devolvido. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante, pois ajudará na obtenção de informações, a respeito da “Influência do pré-natal nas internações de gestantes diagnosticadas com Síndromes Hipertensivas”, além de proporcionar dados relevantes para criação de estratégias, ou melhoria das que já são aplicadas em relação ao assunto. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, pois este trabalho será realizado com recurso das autoras. Não haverá nenhum pagamento pela sua participação. Se você tiver dúvidas com relação aos seus direitos e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a

orientadora Prof^a Débora Talitha Neri, fone: 98220-5233; com as orientandas Jackeline Chaves Fonseca, fone: 98247-3719 ou Karina Lopes Barros, fone 98903-8979; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal do Pará, Campus Universitário do Guamá, setorial saúde, Faculdade de Enfermagem, segundo andar, Belém/PA, CEP 66075-110, Contato: cepccs@ufpa.br.

Declaro que fui informado, esclarecido e compreendi as informações que me foram passadas sobre a pesquisa. Conversei com a coordenadora e/ou as pesquisadoras do projeto sobre minha decisão em participar, autorizando a gravação da entrevista (se for o caso), ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas e não receberei algum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo assinando este TERMO DE ASSENTIMENTO em duas cópias e uma ficará comigo. Todas as laudas deste termo devem ser rubricadas pelo participante e seu responsável, junto com o pesquisador colocando suas assinaturas na última página deste Documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

Local: _____ Data: ___/___/___ Contato: _____

_____ RG _____

Assinatura do voluntario ou responsável legal

_____ RG _____

Assinatura do responsável por obter o consentimento

_____ RG _____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

TÍTULO DO PROJETO: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES.

ORIENTADORA: PROF^a. MSC. ELISÂNGELA DA SILVA FERREIRA

CO-ORIENTADORA: PROF^a. ESP. DÉBORA TALITHA NERI

PESQUISADORAS: JACKELINE CHAVES FONSECA E KARINA BARROS LOPES

As autoras do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes as gestantes atendidas na Enfermaria Santa Rita, da clínica de patologias obstétricas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Assinatura da co-orientadora

Belém, ____ de _____ de 2018

Contato dos Pesquisadores:

Elisângela da silva Ferreira- End.: Rua Caripunas 1220, Edifício Débora apt 408, Jurunas, Belém/Pa. Telefone: 983954408. Email: lipalipe8@yahoo.com.br

Débora Talitha Neri- End.: Pass. Tabatinga 51, Jurunas, Belém/Pa. Telefone: 982205233. Email: tathaneri@gmail.com

Jackeline chaves Fonseca- End.: Pass. Presidente Vargas 28, Guamá, Belém/Pa. Telefone: 982473719. Email: jack.fonseca@gmail.com

Karina Barros Lopes- End.: Res. Parque Iara, Al.02 n°57, Tapanã, Belém/Pa. Telefone: 989038979. Email: lopesbarros02@gmail.com

Endereço e contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde: Rua Augusto Corrêa n°01, UFPA/Faculdade de Enfermagem, Guamá, Belém/Pa. Telefone: 32017000.

APÊNDICE D–INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NOME:
IDADE () ≤18 ANOS () 19-34 ANOS () ≥ 35 ANOS
ESCOLARIDADE () ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO () ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR
RAÇA/COR () BRANCA () PARDA () NEGRA () INDÍGENA () QUILOMBOLA
LOCAL DE RESIDÊNCIA:
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:
ESTADO CIVIL () SOLTEIRA () CASADA () VIÚVA () DIVORCIADA () UNIÃO ESTÁVEL
2-CONDIÇÕES GINECO-OBSTÉTRICAS
AFERIÇÃO DA PA NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO: _____ X _____ mmHg
() PRIMIGESTA () SECUNDIGESTA () MULTIGESTA. QUANTAS? _____
IDADE GESTACIONAL: _____ SEMANAS
PARTOS ANTERIORES: () NORMAL () A FÓRCEPS OU () CIRURGIA CESÁREA
ABORTOS () SIM () NÃO
COMPLICAÇÕES EM GESTAÇÕES ANTERIORES? () NÃO () SIM. QUAIS?
3-DIAGNÓSTICO MÉDICO
() PRÉ-ECLÂMPSIA () ECLÂMPSIA () SÍNDROME HELLP () HIPERTENSÃO CRÔNICA () HIPERTENSÃO GESTACIONAL () PRÉ-ECLÂMPSIA SOBREPOSTA
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS () PRIMIPARIDADE () GEMELARIDADE () OBESIDADE () TABAGISMO () ETILISMO () DIABETES GESTACIONAL () HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL () GRÁVIDEZ PRECOCE () GRÁVIDEZ TARDIA () SHEG

<p>EM GESTAÇÕES ANTERIORES () HISTÓRIA FAMILIAR DE SHEG () DOENÇA TROFOBLÁTICA GESTACIONAL () ALOIMUNIZAÇÃO AO FATOR RH ()) DOENÇA RENAL PRÉ EXISTENTE () HIPERTENSÃO ARTERIAL PRÉ EXISTENTE ()) INTERVALO INTERPARTAL MAIOR QUE 10 ANOS</p> <p>() OUTRO _____</p>
5- PRÉ NATAL ATUAL
<p>INICIOU PRÉ-NATAL EM QUAL TRIMESTRE?</p> <p>() 1º () 2º () 3º</p>
<p>QUAL A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ÚLTIMA CONSULTA DO PRÉ-NATAL?</p> <p>() RISCO HABITUAL () ALTO RISCO</p>
<p>SE DE ALTO RISCO FOI ENCAMINHADA:</p> <p>() NÃO () PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO () URGÊNCIA OBSTÉTRICA () OUTROS _____</p>
<p>QUANTAS CONSULTAS REALIZOU?</p> <p>() 4 () 5 () 6 () ≥ 7</p>
<p>QUANTAS CONSULTAS TEVE COM CADA PROFISSIONAL?</p> <p>Nº () ENFERMEIRO Nº () MÉDICO</p>
<p>HOUVE ALTERAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DURANTE O PRÉ-NATAL</p> <p>() NÃO () SIM () SEM INFORMAÇÃO</p>
<p>SE SIM, QUAL VALORES DA PA E CONDUTA?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>DURANTE AS CONSULTAS FOI AVALIADA A VITALIDADE FETAL ATRAVÉS DA AUSCULTA DO BCF E A CONFIRMAÇÃO MOVIMENTOS FETAIS?</p> <p>() SIM () NÃO () PARCIALMENTE _____</p>
<p>REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS</p> <p>() SIM () NÃO () SEM INFORMAÇÃO _____</p>
<p>ALGUMA ALTERAÇÃO NOS RESULTADOS RELACIONADO À SHEG?</p> <p>() NÃO () SIM. QUAL ALTERAÇÃO? _____</p> <p>QUAL A CONDUTA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE?</p> <p>_____</p>

APRESENTOU QUAIS SINAIS E SINTOMAS NO TRANSCORRER DA GRAVIDEZ? (ANTES DOS MOTIVOS QUE À LEVARAM À EMERGÊNCIA)

- EDEMA DE TORNOZELO EDEMA LIMITADO AOS MMII
- EDEMA GENERALIZADO EDEMA UNILATERAL EM MMMII
- EDEMA EM MMSS CEFALÉIA AUMENTO SÚBITO DE PESO
- VISÃO TURVA EPIGASTALGIA OUTRO
- _____

COMUNICOU AO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS ACIMA?

- SIMQUAL CONDUTA FOI TOMADA? _____
- NÃO. PORQUÊ? _____

EM ALGUM MOMENTO DO PRÉ-NATAL FOI ORIENTADA SOBRE OS CUIDADOS COM A PRESSÃO ARTERIAL?

- SIM NÃO

QUAL PROFISSIONAL ORIENTOU?

- ENFERMEIRO MÉDICO
- OUTRO PROFISSIONAL _____

APÊNDICE E- TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Prof^a. MSc. Elisângela da Silva Ferreira, do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, aceito orientar o trabalho intitulado "**Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**", de autoria das alunas Jackeline Chaves Fonseca e Karina Barros Lopes. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém,PA, ____ de _____ de 2018

Assinatura

APÊNDICE F- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

ORIENTADORA: PROF^a. MSC. ELISÂNGELA DA SILVA FERREIRA

CO-ORIENTADORA: PROF^a. ESP. DÉBORA TALITHA NERI

PESQUISADORES: JACKELINE CHAVES FONSECA E KARINA BARROS LOPES

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;

2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;

3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Belém, ____de _____de 2018

APÊNDICE G -TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Pelo presente termo e na qualidade de responsável por essa Instituição, declaro que aceito a realização do projeto de pesquisa intitulado "**Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**" pelas alunas Jackeline Chaves Fonseca e Karina Barros Lopes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Prof^a. MSc. Elisângela da Silva Ferreira e Co-orientadora Prof^a. Esp. Débora Talitha Neri.

Belém, ___ de _____ de 2018

Assinatura do responsável

APÊNDICE H -DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS FINANCEIRO À UFPA

Declaro para os devidos fins que a realização da pesquisa "**Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**" que tem como pesquisadoras Jackeline Chaves Fonseca e Karina Barros Lopes, alunas da Faculdade de Enfermagem, na Universidade Federal do Pará não acarretará ônus financeiro à referida Universidade, uma vez que esta pesquisa visa contribuir com a comunidade científica e a prática assistencial dos profissionais de saúde às gestantes.

Belém, ___ de _____ de 2018

Pesquisador(a) Responsável

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE I - CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Belém, __ de _____ de 2018

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do ICS-UFPA

À Sr. Coordenador,

Encaminho uma cópia do projeto de pesquisa intitulado "**Síndromes hipertensivas: influência do pré-natal nas internações hospitalares**" para análise por este Comitê de Ética.

Declaro que este projeto de pesquisa será realizado como Trabalho de Conclusão de Curso pelas alunas Jackeline Chaves Fonseca e Karina Barros Lopes do Curso de Enfermagem.

No aguardo de manifestações, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

(Assinatura do pesquisador responsável)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Nome: Jackeline Chaves Fonseca

Nome: Karina Barros Lopes

E-mail: jaack.fonseca@gmail.com

E-mail: lopesebarros02@gmail.com

Telefone: (91) 98247-3719

Telefone: (91) 98903-8979

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO AO CEP

UFGA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES?

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94868818.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFGA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.903.855

Apresentação do Projeto:

As Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG), é a doença mais importante em obstetrícia, pois incide em cerca de 10% das primíparas sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal no Brasil. O presente estudo objetiva investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico afim de mostrar se a forma como foi realizado o pré-natal dessas gestantes com Síndromes Hipertensivas, pode influenciar de alguma forma na evolução dessa patologia, levando essas grávidas à internação hospitalar, possibilitando traçar o perfil sócio-demográfico desse público, bem como detectar as condutas tomadas durante o pré-natal diante dos sinais e sintomas da SHEG, igualmente identificar os fatores de risco presentes no histórico das participantes da pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa que espera contribuir para pesquisas a cerca do tema, tanto para Enfermagem Obstétrica, Obstetrícia, comunidade acadêmica e sociedade de forma geral. O estudo será realizado no período de setembro a novembro de 2018 na clínica obstétrica Santa Rita da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). Farão parte deste estudo grávidas de feto vivo, em condições clínicas e psicológicas, com diagnóstico de SHEG, independente da forma clínica, sem restrição de idade, que realizaram o pré-natal com no mínimo quatro consultas, independente se realizado na rede pública ou privada e possuam a caderneta de gestante. Antes da coleta de dados será realizada uma pré-seleção das gestantes, por meio da análise dos critérios de inclusão,

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sí do ICS 13 - 2ª and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.903.655

identificados no prontuário das mesmas. Esta coleta se dará pela aplicação de um instrumento pré-formulado pelas pesquisadoras e os dados coletados serão armazenados no programa do Microsoft Office Windows Excel e demonstrados através de gráficos e tabelas e analisados através de estatística descritiva, por meio de número absoluto e relativo. O presente projeto será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e FSCMPA, bem como mediante a assinatura voluntária das participantes do estudo, do TCLE. Os riscos que essa pesquisa pode oferecer mediante ao que será proposto é: quebra de sigilo e anonimato, danificação do material (prontuários, cadernetas) e até constrangimento entre as partes envolvidas nesse processo, no entanto, as pesquisadoras se comprometem a minimizar esses riscos e informar à participante que a mesma poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento. Espera-se que esse estudo possibilite mostrar se a forma como foi realizado o pré-natal dessas gestantes com Síndromes Hipertensivas, pode influenciar de alguma forma na evolução dessa patologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico.

Objetivo Secundário: Traçar o perfil sócio-demográfico das gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG); Detectar a presença de fatores de risco dessas gestantes para tal patologia no pré-natal; Verificar as condutas realizadas no pré-natal relacionadas aos sinais e sintomas e fatores de risco da SHEG conforme as orientações e recomendações do Ministério da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos que essa pesquisa pode oferecer mediante ao que será proposto é: quebra de sigilo e anonimato, danificação do material (prontuários, cadernetas) e até constrangimento entre as partes envolvidas nesse processo. Para minimizar esses riscos as pesquisadoras se comprometem a não divulgar dados pessoais em nenhum momento da pesquisa, assim como os dados obtidos serão guardados por até cinco anos e utilizados somente nessa pesquisa, haverá o cuidado no manuseio do material utilizado, além desse manuseio não ser feito perto de alimentos e líquidos. Ressaltando que participante poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Benefícios: Julgamos como benefícios para as gestantes: influência que os resultados da pesquisa podem trazer para a atenção que se deve ter no pré-natal prestado à elas, chegando mais perto do que é preconizado pelo Ministério da Saúde; Para os Gestores hospitalares: diminuição dos

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cexpec@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.603.825

números de internações obstétricas e mortalidade, aumentando o número de leitos disponíveis para patologias não tratáveis de fato; Para os profissionais da saúde da atenção básica: realização da promoção e prevenção da saúde, através do diagnóstico precoce de SHEG, tomando as condutas necessárias para evitar a possível internação dessa gestante e as complicações para a mesma e seu bebê e aumento dos indicadores de qualidade; Para a comunidade acadêmica: relevância do estudo e a utilização dos dados disponíveis, para pesquisas e trabalhos futuros, no âmbito da saúde obstétrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1155334.pdf	23/07/2018 10:19:10		Aceito
Outros	onus_ics.pdf	23/07/2018 10:17:59	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	23/07/2018 10:17:22	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	23/07/2018 10:16:53	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	23/07/2018 10:16:29	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCDU.docx	03/07/2018 21:21:22	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sílo do ICSS 13 - 2ª and.
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8008 E-mail: cepcca@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.603.655

Ausência	TCDU.docx	03/07/2018 21:21:22	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	03/07/2018 21:21:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	onus_fsmp.pdf	03/07/2018 21:20:08	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cep_jcs.pdf	03/07/2018 21:19:50	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	aceite_orientador.pdf	03/07/2018 21:19:24	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TICLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.docx	03/07/2018 21:15:26	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	03/07/2018 21:15:14	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	03/07/2018 21:14:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 19 de Setembro de 2018

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Si do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepcca@ufpa.br

ANEXO II- PARECER CONSUBSTANCIADO FSCMP

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS: INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES?

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94888818.0.3001.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.993.064

Apresentação do Projeto:

As Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG), é a doença mais importante em obstetria, pois incide em cerca de 10% das

primíparas sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal no Brasil. O presente estudo objetiva investigar o pré-natal de gestantes

internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico afim de mostrar se a forma como foi realizado o pré-natal

desses gestantes com Síndromes Hipertensivas, pode influenciar de alguma forma na evolução dessa patologia, levando essas grávidas à

internação hospitalar, possibilitando traçar o perfil sócio-demográfico desse público, bem como detectar as condutas tomadas durante o pré-natal

diante dos sinais e sintomas da SHEG, igualmente identificar os fatores de risco presentes no histórico das participantes da pesquisa. Trata-se de

um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa que espera contribuir para pesquisas a cerca do tema, tanto para Enfermagem

Obstétrica, Obstetria, comunidade acadêmica e sociedade de forma geral. O estudo será realizado no período de setembro a novembro de 2018

na clínica obstétrica Santa Rita da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). Farão parte deste estudo grávidas de feto vivo, em

Endereço: Tv. General do Couto, 1640
Bairro: Umarizal CEP: 66.020-380
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (01)4009-2264 Fax: (01)4009-0328 E-mail: cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Cartilha do Projeto 1.003.004

condições clínicas e psicológicas, com diagnóstico de SHEG, independente da forma clínica, sem restrição de idade, que realizaram o pré-natal com no mínimo quatro consultas, independente se realizado na rede pública ou privada e possuam a caderneta da gestante. Antes da coleta de dados será realizada uma pré-seleção das gestantes, por meio da análise dos critérios de inclusão, identificados no prontuário das mesmas. Esta coleta se dará pela aplicação de um instrumento pré-formulado pelas pesquisadoras e os dados coletados serão armazenados no programa do Microsoft Office Windows Excel e demonstrados através de gráficos e tabelas e analisados através de estatística descritiva, por meio da número absoluto e relativo. O presente projeto será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e FSCMPA, bem como mediante a assinatura voluntária das participantes do estudo, do TCLE. Os riscos que essa pesquisa pode oferecer mediante ao que será proposto é: quebra de sigilo e anonimato, danificação do material (prontuários, cadernetas) e até constrangimento entre as partes envolvidas nesse processo, no entanto, as pesquisadoras se comprometem a minimizar esses riscos e informar à participante que a mesma poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento. Espera-se que esse estudo possibilite mostrar se a forma como foi realizado o pré-natal dessas gestantes com Síndromes Hipertensivas, pode influenciar de alguma forma na evolução dessa patologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o pré-natal de gestantes internadas com diagnóstico de síndromes hipertensivas em clínica de tratamento obstétrico.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil sócio-demográfico das gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG); Detectar a presença de fatores de risco dessas gestantes para tal patologia no pré-natal; Verificar as condutas realizadas no pré-natal relacionadas aos sinais e sintomas e fatores de risco da SHEG conforme as orientações e recomendações do Ministério da Saúde.

Endereço: Tv. General de Coutes, 1040
Bairro: Umarizal CEP: 66.052-380
UF: PA Município: BELEM
Telefones: (01)4009-3264 Fax: (01)4009-0328 E-mail: cep.fscmpa@gmail.com

**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA**



Continuação do Formulário 2.003.004

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que essa pesquisa pode oferecer mediante ao que será proposto é: quebra de sigilo e anonimato, sanificação do material (prontuários, cadernetas) e até constrangimento entre as partes envolvidas nesse processo. Para minimizar esses riscos as pesquisadoras se comprometem a não divulgar dados pessoais em nenhum momento da pesquisa, assim como os dados obtidos serão guardados por até cinco anos e utilizados somente nessa pesquisa, haverá o cuidado no manuseio do material utilizado, além desse manuseio não ser feito perto de alimentos e líquidos. Ressaltando que participante poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Julgamos como benefícios para as gestantes: influência que os resultados da pesquisa podem trazer para a atenção que se deve ter no pré-natal prestado à elas, chegando mais perto do que é preconizado pelo Ministério da Saúde; Para os Gestores hospitalares: diminuição dos números de internações obstétricas e mortalidade, aumentando o número de leitos disponíveis para patologias não tratáveis de fato; Para os profissionais da saúde da atenção básica: realização da promoção e prevenção da saúde, através do diagnóstico precoce da SHEG, tomando as condutas necessárias para evitar a possível internação dessa gestante e as complicações para a mesma e seu bebê e aumento dos indicadores de qualidade; Para a comunidade acadêmica: relevância do estudo e a utilização dos dados disponíveis, para pesquisas e trabalhos futuros, no âmbito da saúde obstétrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PESQUISA DE TEMÁTICA RELEVANTE AO CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

APRESENTA TODOS OS TERMOS OBRIGATÓRIOS.

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES.

Endereço: Tv. General Couto, 1040
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-360
UF: PA Município: BELEM
Telefones: (014)608-3354 Fax: (014)608-3338 E-mail: csp.fscmpa@gmail.com

**FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA**



Continuação do Parecer: 2.063.004

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TRABALHO APRESENTA OS DOCUMENTOS SOLICITADOS E PRIORIZA OS PRECEITOS ÉTICOS PERTINENTES A PESQUISA COM SERES HUMANOS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCUD_.pdf	26/10/2018 09:13:27	CHAFIC RACHID EL HUSNY NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	17/10/2018 13:10:02	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	onus_ics.pdf	23/07/2018 10:17:59	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	23/07/2018 10:16:53	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	23/07/2018 10:16:29	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCDU.docx	03/07/2018 21:21:22	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	onus_fscmp.pdf	03/07/2018 21:20:08	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cep_ics.pdf	03/07/2018 21:19:50	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	aceito_orientador.pdf	03/07/2018 21:19:24	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.docx	03/07/2018 21:15:28	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Tr. Bemal do Couto, 1640
Bairro: Umarizal CEP: 66.050-380
UF: PA Município: BELÉM
Telefones: (91)4008-2364 Fax: (91)4008-0328 E-mail: cep.fscmp@gmail.com

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 1.093.004

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELEM, 31 de Outubro de 2018

Assinado por:
Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador(a))

Endereço: Tr. Benedito de Sousa, 1840
Bairro: Umarizal CEP: 66.250-300
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (01)4008-2204 Fax: (01)4008-0328 E-mail: cnp/fscmp@gmail.com