



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA - CCSST
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO DA GESTANTE PORTADORA DA SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG), ACERCA DA DOENÇA**

JEANE DA SILVA ALMEIDA

Agosto,
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA - CCSST
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO DA GESTANTE PORTADORA DA SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG), ACERCA DA DOENÇA**

Jeane da Silva Almeida

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Agosto,
2017

JEANE DA SILVA ALMEIDA

**CONHECIMENTO DA GESTANTE PORTADORA DA SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (SHEG), ACERCA DA DOENÇA**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Nota atribuída em: _____ / _____ / _____

BANCA AVALIADORA

Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Profa. Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana (1º Examinador)
Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – UNISULMA

Prof. Esp. Wherveson de Araujo_Ramos (2º Examinador)
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Conhecimento da gestante portadora da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), acerca da doença

Knowledge of the manager bearing specific hypertensive syndrome (shег), about the disease

Jeane da Silva Almeida ¹

Adriana Gomes Nogueira Ferreira ²

RESUMO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é a complicação de maior incidência, que contribui para os índices de morbimortalidade materna e perinatal continuarem elevados. O desconhecimento e/ou conhecimento deficiente da gestante sobre a SHEG, contribui para um déficit do autocuidado, evidenciando uma evolução desfavorável da gravidez. Objetivou-se verificar o conhecimento da gestante com SHEG, acerca da doença, como também verificar a assistência do profissional de enfermagem em relação às orientações e informações dispensadas às gestantes. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A amostra foi composta por 23 gestantes internadas em uma maternidade de referência do Sudoeste do Maranhão, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do CNS foram respeitados. Para coleta de dados foram utilizados um questionário e uma entrevista semiestruturados, contemplando aspectos sociodemográficos, dados obstétricos e questões norteadoras sobre o tema. Para análise dos dados, o estudo teve como base a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. De acordo com os resultados encontrados, percebeu-se que o de conhecimento da gestante sobre a doença ainda é deficiente, contribuindo para complicações potenciais, aumentando os índices de mortalidade materna e fetal. Ficou evidenciado através das falas das mulheres a deficiência na assistência da equipe de enfermagem em relação às orientações e informações sobre a patologia, fazendo-se necessário repensar e fortalecer a assistência de enfermagem através da educação em saúde, tanto na atenção primária como no ambiente intrahospitalar.

Palavras-Chave: Gestação de alto risco. Hipertensão. Enfermagem.

¹ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA. E-mail: jd_jeane@hotmail.com

² Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira E-mail: adrianagn2@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Embora a gestação seja um evento fisiológico que geralmente ocorre de maneira prazerosa, saudável e sem intercorrências para a maioria das mulheres, ela também pode vir a apresentar-se como gestação de alto risco, para uma minoria de gestantes, em decorrência de alguma complicação, proporcionando assim, maiores chances de uma evolução gestacional desfavorável, evidenciando problemas para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2012).

Os países em desenvolvimento possuem um elevado índice de mortalidade materna, que apesar de garantir às gestantes, cuidados desde o planejamento familiar até cuidados intensivos, ainda se configura uma preocupação que abraça tanto os serviços de saúde como a sociedade em geral (REZENDE, 2013).

De acordo com Silva *et al.* (2013), a maternidade proporciona alterações imprevistas e complexas, sendo: biológicas, psicológicas, psíquicas e sociais, durante toda a evolução da gravidez, e a partir do diagnóstico de gestação de alto risco, a fragilidade da gestante é intensificada e o seu emocional se torna instável. Uma vez desconhecendo as respostas do organismo materno à gravidez, geralmente a mulher se ver impossibilitada de lidar com desconfortos advindos e com os distúrbios emocionais presentes, de modo que a qualidade da saúde materna é afetada, situações que podem levar a mortalidade materna e fetal.

A Hipertensão Arterial é ocasionada por vários fatores, sendo caracterizada por níveis elevados iguais ou superiores à pressão sistólica 140 mmHg e pressão diastólica 90 mmHg, que se mantém após a realização da aferição da pressão pelo menos em três dias distintos, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas (BRASIL, 2013).

Na gestação, uma das complicações mais incidente e responsável pelo índice elevado de morbimortalidade materna e fetal é a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), classificando-se em: Hipertensão Crônica, Hipertensão Gestacional ou Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG), Hipertensão, Pré-Eclâmpsia, Pré-Eclâmpsia Sobreposta à Hipertensão crônica e Síndrome HELLP (QUEIROZ, 2014; BRASIL, 2012; REZENDE, 2013).

Como fatores de risco para a SHEG destacam-se, raça negra, baixa escolaridade, condições socioeconômicas, idade superior a 40 anos, obesidade e gemelaridade (QUEIROZ, 2014; AMARAL e PERAÇOLI, 2011). Diante dos fatores de risco para SHEG e o impacto que a mesma causa na evolução da gestação, no parto e nascimento, o Ministério da Saúde destaca a necessidade de captação das gestantes o mais precoce possível, sendo importante a garantia de acesso ao pré-natal que atinja suas expectativas e anseios, em tempo oportuno e no

nível de complexidade necessário, ação esta que contribui diretamente para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

É importante que o acompanhamento pré-natal se inicie ainda no primeiro trimestre da gravidez, uma vez que, seu objetivo é assegurar o desenvolvimento e evolução da gestação livre de complicações ou a detecção precoce das alterações a fim de permitir que a gravidez transcorra sem intercorrências, com parto e nascimento do feto saudáveis (BRASIL, 2014).

Com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha, é possível acompanhar as gestantes com efetividade e com ações humanizadas em relação ao cuidado, com objetivo de oferecer à mulher e à criança, o direito a uma atenção humanizada, durante o pré-natal, parto e nascimento se estendendo até o puerpério requerendo da equipe de saúde, uma atenção específica, destacando o enfermeiro que tem o dever de orientar e realizar atividades educativas, garantindo o direito da gestante à informações. (OLIVEIRA et al., 2016).

Para garantir a Humanização do Parto e Nascimento, foi lançada a lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, que garante à gestante o direito a um acompanhante de sua livre escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, ou seja, durante toda sua internação, o que proporciona à mulher e acompanhante a oportunidade de esclarecimento de dúvidas sobre seu estado de saúde, contribuindo para sentimentos de segurança, confiança, conforto e menos ansiedade e medo (BRASIL, 2014).

Promover saúde e prevenir riscos, durante o pré-natal, é um papel importante do enfermeiro, com atendimento integral, desenvolvendo um trabalho em rede e educação em saúde (LOPES et al., 2013; SILVA et al., 2011). Sendo a educação em saúde um meio de fortalecimento do diálogo entre o enfermeiro e a gestante, como também do acompanhante, pois é essencial para a dispensação de informações, contribuindo para que as dúvidas de ambos sejam esclarecidas, sendo o momento propício para expressarem seus medos e inseguranças, devido à gravidez de risco (GUIMARÃES, 2013).

O déficit de orientação ou mesmo orientações contraditórias aos anseios da gestante de alto risco, podem repercutir em negligenciamento do autocuidado, como também promover uma hospitalização precoce. A orientação e o conhecimento dos aspectos que envolvem a gestação e as condições de saúde, têm impactos importantes, e as gestantes que se apropriam dessa orientação e conhecimento inerentes à progressão da gestação, e sua patologia, tem forte repercussão na valorização da vida, fator este, que melhora o autocuidado com a saúde, prevenindo o agravamento da condição orgânica (SILVA et al., 2011; LUCIANO et al., 2011).

Ofertar assistência à gestante com uma escuta atenta, apoio emocional, e fornecer informações sobre o seu estado clínico e os procedimentos a serem realizados, contribui para a redução do medo, da ansiedade e para desconstruir as concepções negativas da parturiente em relação às possíveis complicações (OLIVEIRA et al., 2016).

Nesse sentido é imprescindível que o enfermeiro, venha atuar de maneira eficiente para orientar e realizar uma assistência integral, com escuta qualificada, promovendo saúde e bem-estar ao binômio mãe-feto, evolução e desfecho gestacional favorável, evitando outras complicações, fazendo assim da gestante a protagonista da gestação, mesmo sendo esta, de alto risco.

Considerando que o desconhecimento ou conhecimento deficiente da gestante acerca da patologia, pode intensificar sua fragilidade, tornando o seu emocional instável e contribuindo dessa forma para um déficit do autocuidado e conseqüentemente maior risco de outras complicações, o presente estudo tem por objetivo verificar o conhecimento da gestante com SHEG, acerca da doença, como também verificar a assistência do profissional de enfermagem em relação às orientações e informações dispensadas às gestantes

Os resultados desse estudo poderão contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem, através da educação em saúde, não apenas no cenário da UBS, mas sim impregnar essa ação no ambiente intrahospitalar, onde as gestantes de alto risco realizam todo o seu pré-natal e são internadas com frequência devido a complicações.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, abordagem qualitativa, que de acordo com Bardin (2011), tem a finalidade de observar a presença como também a ausência de um fator determinante de uma situação. Realizado no período de novembro de 2016 a agosto de 2017 e a coleta de dados deu-se nos meses de julho e agosto de 2017. O estudo foi desenvolvido em uma maternidade de referência do Sudoeste do Maranhão.

A escolha das gestantes foi realizada através da verificação do prontuário das mesmas para confirmação do diagnóstico de SHEG. A amostra foi composta por gestantes internadas na maternidade de referência com diagnóstico de SHEG e idade superior a 16 anos que apresentavam capacidades mentais e/ou emocionais de participar da entrevista. Foram excluídas, as gestantes com diagnóstico de outras complicações associadas. Participaram da pesquisa, um total de 23 gestantes, ao final do estudo permaneceram 20 gestantes, sendo

excluídas três mulheres devido associação à outras complicações e incapacidade física de participarem da entrevista.

Para coleta de dados foram utilizados um questionário e uma entrevista semiestruturados, contemplando aspectos sociodemográficos, dados obstétricos e questões norteadoras sobre o tema.

Inicialmente buscou-se identificar as gestantes portadoras de SHEG, que se enquadravam nos critérios de inclusão, a partir de uma verificação dos prontuários. Em seguida, foram realizadas visitas nas enfermarias em que as mesmas se encontravam internadas, onde foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e que as gestantes, caso aceitassem participar do estudo não teriam bônus e poderiam desistir a qualquer momento, não acarretando ônus. Após o aceite através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE e termo de assentimento livre e esclarecido - TALE, foi então realizada a entrevista.

Enfatiza-se que foram respeitados os aspectos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, de modo que o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão através da Plataforma Brasil. Para sigilo das gestantes, todas foram representadas pela palavra gestante seguida de um numeral ordinal, sendo, gestante 1, gestante 2, etc.

A análise dos resultados deu-se pela sistematização dos dados de acordo com a Análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), ocorrendo a partir de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A partir da análise emergiram quatro categorias: SHEG, diagnóstico manifesto; Conhecimento sobre a SHEG; Significados atribuídos pelas gestantes frente à SHEG; Informação, ação indispensável, no entanto negligenciada.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das gestantes

Foram entrevistadas 20 gestantes com idade entre 16 e 43 anos, das quais, 10 residem no Município de Imperatriz e as demais, em outros municípios e estados, a maioria se autodeclarou católica, 9 evangélicas e apenas uma referiu não ser adepta a nenhuma religião. 11 participantes referiram não ter emprego fixo e 9 com trabalho fixo ou autônomas, 16

gestantes possuem renda mensal na categoria de 1 a 3 salários mínimo, 4 gestantes referiram trabalhar com renda menor que 1 salário mínimo.

Sobre a situação conjugal, verificou-se ainda, que quatro gestantes referiram serem casadas, sete convivem com companheiro e nove relataram estarem solteiras. Em relação à escolaridade, uma concluiu o ensino fundamental e quatro não chegaram a concluir o mesmo, onze gestantes possuem ensino médio completo e três incompleto, apenas uma gestante tem ensino superior completo.

Amaral e Peraçoli (2011), relatam que a gestante com idade superior a 40 anos, estão mais propensas a adquirir a pré-eclâmpsia (PE), com risco similar entre primíparas e múltíparas, corroborando com o estudo de Queiroz (2014), onde mostrou que as gestantes com idade superior a 40 anos têm mais riscos à HIG. No presente estudo verificou-se que concernente à idade, houve divergência da literatura, uma vez que a idade de maior prevalência foi de 20 a 29 anos, não caracterizando dessa forma como fator predominante de risco para SHEG, posto que Brasil (2012) classifica como fator de risco para complicações gestacionais, idade < 15 anos e > 35 anos.

Com relação à etnia das gestantes, maior prevalência foi a parda, divergindo do estudo de Costa et al. (2016) onde prevaleceu a cor branca, e corroborando com Queiroz (2014) que afirma em seu estudo, a raça negra, a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas têm maior destaque de risco à SHEG, porém o risco para SHEG entre mulheres gestantes de cor preta independe da condição econômica, e nível de escolaridade.

Quanto à escolaridade e estado civil, houve maior prevalência de mulheres com ensino médio completo e com estado civil solteira, divergindo do estudo de Costa et al. (2016) onde prevaleceu a escolaridade ensino fundamental completo e união estável, assim como o de Brasil (2012) onde baixa escolaridade e situação conjugal insegura configuram fatores de risco para SHEG.

Segundo Queiroz (2014) a gemelaridade, também participou do cenário dos fatores de risco para a SHEG, o tabagismo, por sua vez, aparece no cenário como um protetor e não como um vilão para elevar o risco de adquirir a SHEG, entretanto dentro da literatura é citado como fator de risco para a gestação, fator esse que teve ocorrência mínima neste estudo, uma vez que a maioria das gestantes não fazem uso de tabaco e álcool.

Um fator importante é a história clínica familiar, onde pode-se observar grande ocorrência de hipertensão arterial em familiares, principalmente na mãe, uma doença crônica ocorreu com incidência, no entanto, faz-se necessário um somatório de antecedentes familiares ou pessoais para que aumente a probabilidade de alguma intercorrência na

gestação. As complicações gestacionais também se configuram como um fator que predis põe o agravamento da gestação de alto risco (COSTA et al., 2016), no entanto, no presente estudo, outras complicações gestacionais eram critério de exclusão, onde apenas uma gestante afirmou ser acometida por infecção do trato urinário, sendo esta tratada e curada.

Tabela 1 - Perfil social e demográfico das gestantes atendidas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA, 2017.

Variável	N	%
Idade		
16 a 19 anos	02	10(%)
20 a 29 anos	10	50(%)
30 a 35 anos	07	35(%)
43 anos	01	5(%)
Local de residência		
Imperatriz	10	50 (%)
Outros municípios	10	50 (%)
Etnia		
Branca	3	15(%)
Parda	11	55(%)
Preta	6	30(%)
Religião		
Católica	10	50(%)
Evangélica	9	45(%)
Sem religião	1	5(%)
Fonte de renda		
1 a 3 salários mínimos	16	80(%)
Menor que um salário mínimo	4	20(%)
Emprego		
Trabalha	9	45(%)
Não trabalha	11	55(%)
Estado civil		
Casadas	4	20(%)
Solteiras	9	45(%)
União estável	7	35(%)
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	4	20(%)
Fundamental Completo	1	5(%)
Ensino Médio Incompleto	3	15(%)
Ensino Médio Completo	11	55(%)
Ensino Superior	1	5(%)

Dados da pesquisa, 2017.

Destaca-se que entre a amostra analisada, quatorze gestantes se encontravam entre a 1ª e 2ª gestação, três gestantes já estavam na 3ª ou 4ª gestação, apenas 1 gestante estava na 5ª gestação e 2 gestantes se encontravam na 6ª gestação. Relatado um total de cinco gestantes

que já haviam abortado e uma mulher apesar de não referir aborto, tem histórico de três gestações anteriores que findaram em natimortos, sendo um parto vaginal e dois cesarianos. Apenas uma gestante referiu ter sido diagnosticada com infecção urinária, entretanto, no momento da pesquisa já se encontrava tratada e curada.

A grande multiparidade configura um fator para a gestação de alto risco, no entanto, no presente estudo observou-se que a nuliparidade é a situação de maior prevalência, como também a não ocorrência de aborto habitual e outras complicações, ocorrendo nesse interim divergência com a literatura (BRASIL, 2012).

Tabela 2 - Dados obstétricos das gestantes atendidas em uma maternidade de referência do Sudoeste do Maranhão, 2017.

Variável	N	%
Quantitativo de gestações		
1ª ou 2ª gestação	14	70(%)
3ª ou 4ª gestação	3	15(%)
5ª gestação	1	5(%)
6ª gestação	2	10(%)
Aborto ou natimortos em gestações anteriores		
Sem ocorrência	14	70 (%)
Abortos	5	25 (%)
Natimortos	1	5 (%)
Complicações		
Sem complicações	19	95(%)
Complicação tratada e curada	1	5(%)

Dados da pesquisa, 2017.

Podemos refletir que diante dos dados, se faz necessário repensar a classificação de risco feita às gestantes durante a assistência prestada tanto na UBS, como no ambiente intrahospitalar, atentando para outros fatores que podem vir a ser um risco potencial para a gestante, levando em consideração a singularidade de cada mulher, trabalhando dessa forma com ações de promoção a saúde, concernente a outras complicações, tanto para a mãe quanto para o bebê.

3.2 SHEG, diagnóstico manifesto

Quando interrogadas sobre através de quem e onde tinham recebido o diagnóstico, a maioria das gestantes relatou que o recebeu durante sua internação na unidade de referência:

Aqui mesmo no Regional (...) o Médico, eles mediram minha pressão, aí tava alta (Gestante 01)

Aqui no Regional, já no final da gravidez (...) eu vim porque já estava perto, quase com 40 semanas (...) aí mediram minha pressão, já estava alta (...) aí já induziram meu parto (Gestante 02).

Aqui no Regional (Gestante 03).

A classificação da SHEG é o pilar para um diagnóstico diferencial, porém, em algumas situações se faz necessário dispor de outras investigações para um melhor e mais fidedigno diagnóstico, como por exemplo: Gestantes de alto risco que apresentam os níveis tensionais normais; gestantes com pressão alta antes da 20ª semana de gestação; gestantes com pressão alta após a 2ª metade da gestação ou com hipertensão prévia agravada (BRASIL, 2012).

Tais relatos sugerem deficiência no acompanhamento pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde, inerente ao diagnóstico em tempo oportuno para as necessárias intervenções e também orientações. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS), a assistência integral à mulher é de suma importância, uma vez que a detecção precoce das complicações é essencial para prevenir ou tratar maiores complicações que vierem a surgir para o binômio mãe/feto (BRASIL, 2004).

No estudo de Silva et al. (2011) o médico é o protagonista em todos os casos de informação do diagnóstico, onde ainda ficou constatado que as percepções das puérperas com relação ao médico não são de todas positivas, pois predomina a falta de diálogo e de orientações sobre a doença. Resultados estes que validam os achados desta pesquisa, onde a gestante recebe seu diagnóstico diante da sua complicação e internação sendo o médico a peça principal neste cenário.

A incidência de diagnóstico recebida ainda na UBS, durante a consulta de enfermagem de rotina, foi ainda muito pequena, uma vez que as gestantes que receberam seu diagnóstico ainda na atenção básica foram gestantes múltíparas que já vivenciaram complicações em gestas anteriores, ou nulíparas que compareciam regularmente às consultas de rotina no posto de saúde o que pôde ser observado nos relatos a seguir:

Recebi o diagnóstico no posto mesmo (...) a enfermeira já me encaminhou pra cá (...) foi numa consulta de rotina (Gestante 05).

Foi no posto de saúde (...) com 25 semanas (...) aí já vim pra cá (Regional) (Gestante 19).

Diante do exposto percebeu-se que é fundamental que as gestantes, na consulta pré-natal na UBS, quando da identificação da SHEG, além do diagnóstico e encaminhamento para o hospital de referência, sejam instruídas quanto à doença existente, seus fatores de risco e causas, proporcionando mais conhecimento e conseqüentemente preparo para lidar com a mesma com autonomia no decorrer da gravidez.

Toda gestante, deve ter ao seu dispor o conhecimento necessário com relação à identificação de sinais e sintomas de possíveis complicações no período gestacional. Essa orientação e o conhecimento dos aspectos de toda a progressão da gestação, e o estado de saúde, é um fator que favorece a melhora no autocuidado, prevenindo assim o agravamento da condição orgânica (SILVA et al., 2011; LUCIANO et al., 2011).

3.3 Conhecimento acerca da SHEG

Ao questionar as gestantes sobre as possíveis causas da SHEG, elas afirmaram que não sabiam ou já tinham a complicação gestacional em gravidez prévia, porém, os níveis tensionais voltaram aos padrões de normalidade no pós-parto o que é relatado abaixo:

Não, não sei (Gestante 16).

Não, da outra gravidez eu tive mas fiquei também inchada, mas depois que ganhei, acabou a pressão alta... ficou normal (Gestante 20).

Não (...) não sabia que tava grávida(...), nunca tive, aí engravidei, começou apresentar quintura no corpo, vi a diferença, aí já era pressão alta (Gestante 1).

As mulheres sabem referir os fatores e problemas que dão origem a uma gestação de alto risco que lhes foram apresentados pelos profissionais, no entanto, têm poucas informações sobre as suas causas e conseqüências, os cuidados e seus possíveis efeitos, expressando uma dificuldade de interpretar os problemas, as implicações e as alternativas para resolução desses, associando assim ao medo, dúvida e preocupações (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

A pesquisa revelou que as gestantes quando indagadas sobre ter o conhecimento da doença, relataram que conseguem apenas dizer que estão com pressão alta e outras gestantes, não tinham ciência de estar com a pressão alterada, concretizando deste modo, o desconhecimento e/ou conhecimento deficiente dessas mulheres, como identificado nas falas:

Não, nunca nem tinha visto falar (Gestante 11).

Sim, pressão alta mesmo (Gestante 07).

Não (...) eu vim perceber isso em mim no meio do período da gravidez(...) aí onde eu tava, não tava sendo medicada direito, aí vim pra cá (Gestante 01).

Não (...) sei que tenho pressão alta (...) (Gestante 02).

Vários programas e ações de saúde, foram implantados no país, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Contudo, é necessário fortalecer ainda mais as ações que visem à melhoria da qualidade de saúde e ampliação do acesso a assistência durante a gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido (SILVA et al., 2011).

O cuidado prestado diretamente à gestante quando da sua internação, é papel fundamental do enfermeiro, possibilitando uma permanência maior com a gestante, dessa forma estabelecendo um diálogo e um vínculo enfermeiro/paciente, oportunidade essa para o profissional de enfermagem fornecer informações importantes e orientações essenciais que fortalecerão e incitarão a gestante a priorizar o autocuidado.

Contudo, diante das falas das gestantes, pode-se perceber que ao serem indagadas a respeito do recebimento de alguma orientação ou informação relacionadas à SHEG, relataram que sim, no entanto, a maioria desconhece tal doença, e em relação à instituição de saúde que receberam tais informações e qual o profissional de saúde forneceu, os relatos foram negativos pois a maioria das mulheres não recebera tais orientações:

Sim (...) a pressão alta (...) gera convulsão né? (Gestante 01).

Não (...) também não recebi no posto (...) só foi aqui no Regional (...) (Gestante 02).

Não, na outra vez que eu bati ultrassom, o médico disse pra ter repouso, ter cuidado (Gestante 04).

Não sei o que é, queria entender o que causa isso (Gestante 11).

Estudos foram realizados para definir com um sistema de escore a discriminação das gestantes de alto risco como a de baixo risco, no entanto, classificações capazes de prever problemas de maneira precisa, não foram alcançadas. É essencial que a identificação dos fatores de riscos mais comuns na população, seja realizada, pois é uma luz de alerta para a equipe de saúde perceber eventuais alterações ou complicações na gestação (BRASIL, 2012).

(...) Corre o risco do bebê nascer antes (...) dizem que não é nada bom pra gestante (...)corre o risco de dar glaucoma, essas coisas, ou não? (...) eclâmpsia que fala (...) dar também baixa ou só alta? (...) eu sinto como se o coração vai parar (...) (Gestante 12).

No relato de uma gestante, a busca de informações na internet foi importante para compreender a SHEG, sintomas (edema, etc.) e fatores de risco. Situação essa que corrobora com o estudo de Nour et al. (2015) e Silva et al. (2011), onde observaram que no atendimento pré-natal pouco se é investigado sobre o conhecimento que as gestantes possuem inerentes ao processo gravídico e suas eventuais complicações, de modo que a maioria das pacientes, desconhece o significado da SHEG, enquanto as que alegam o conhecimento, afirmam que a fonte é a internet e não os profissionais de saúde, na assistência pré-natal ou hospitalizações.

Não, eu soube alguma coisa na internet, sobre o inchaço, a pressão alta e o que era perigoso (...) minha mãe ficou muito preocupada, eu tava muito inchada e foi pesquisar na internet (...). não esperou e me levou logo pro hospital, minha pressão tava 20 e pouco(...) (Gestante 20)

De acordo com Nour et al. (2015), a falta de informação ou informação inadequada, desde o atendimento pré-natal, contribui para agravar a SHEG, como também para resultados insatisfatórios quanto a terapêutica adotada.

3.4 Significados atribuídos pelas gestantes frente à SHEG

De acordo com Souza, Araújo e Costa (2011), a SHEG favorece o parto pré-termo, e consequentemente a hospitalização do neonato na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tendo como eixo de ligação a morte, em um ciclo de angústia, sofrimento, dúvidas, medo e esperança vivenciado pelas gestantes, no qual a hospitalização funcionou como meio de preservação de graves complicações maternas e fetais.

A repercussão da SHEG, pode acarretar muitas mudanças na vida da gestante, como também dos familiares, mudando a rotina diária de ambos em detrimento das complicações advindas da doença. Evidenciou-se no estudo a permanência da gestante no ambiente hospitalar mesmo após o parto, causando dessa forma a separação entre mãe e filho.

(...) não recebi alta, minha pressão não controla (...) meu filho fica em casa com meu marido (Gestante 19).

(...) já vim pro hospital, tive 3 filhos, mas já nasceram morto (...), por causa desse aqui (gestação), já vim logo pro hospital por causa da pressão (...) tem que cuidar desse aqui né? (Gestante 13).

De acordo com Silva et al. (2011) o desfecho desfavorável, com complicações variadas da doença para a gestante, é uma das consequências da SHEG. Evidenciou-se no

estudo essa afirmação, em relação ao procedimento, o quadro de saúde, cesáreas de urgência e internação hospitalar, de acordo com as falas das gestantes:

(...) Media a pressão e ela não baixou e fui pro pré-parto (...) (Gestante19).

(...) No primeiro mês tava 13, e a enfermeira no posto já me encaminhou pra cá (...) sempre normal 10 por 6, do sétimo mês subiu pra 16, comecei a passar mal, mal mesmo, aí me internaram (Gestante11).

(...) Minha pressão tava 20 (...) não baixava, minha mãe não esperou nada, arrumou pra fazer uma cesárea logo (...) tirar logo de 7 mês é melhor(...) fico com medo de morrer (Gestante 20).

Estudo realizado por Souza, Araújo e Costa (2011), mostra que as gestantes com SHEG, se submetem a sobrecarga emocional, e que muitas vezes devido ao estresse vivido, provoca a ineficácia da terapêutica medicamentosa utilizada para controle da pressão arterial. O que também foi evidenciado na fala da gestante:

(...) mas o remédio parece que não faz efeito (Gestante 11).

Quando questionadas sobre os seus sentimentos e preocupações em relação a sua patologia, o sentimento mais comum declarado pelas gestantes, foi o medo, o medo de um parto prematuro, e também de ocorrer a eclâmpsia. A ansiedade foi um sentimento evidente, como também a intensificação de sentimentos que já se faziam presentes na vida dessa gestante, identificados nas falas:

(...)no dia eu fiquei com medo porque o médico não escutou o coraçãozinho (Gestante 04)

(...) Preocupação no parto (...) (Gestante 05).

Eu fiquei mais nervosa (Gestante 12)

Fiquei com medo, tirar a neném prematura, de dá uma eclâmpsia, também fiquei com medo... é isso que causa né, a pressão alta? (Gestante 08)

Eu fiquei chocada, triste, eu tenho medo, bastante medo (Gestante 16).

Medo de morrer, preocupada com meu bebê, os remédios que eu tomo são muito caro, e a pressão não controla (...) tenho que fazer outra cesárea, quero ligar logo (...) minha gravidez sempre é de risco (Gestante 20).

Sentir medo, frente ao que pode acontecer com o bebê e às vezes esquecer do autocuidado devido à patologia, foi a preocupação e atitude de algumas gestantes participantes do estudo. De acordo com Oliveira et al. (2011) o medo é um sentimento que adentra na vida das gestantes desde o início da gestação, causando incertezas, ansiedade, intranquilidade, por não saber o desfecho da sua gravidez, ou seja, o que pode ocorrer consigo e com o seu bebê, devido a gestação de alto de risco.

Eu fiquei preocupada, não tanto por mim, mas pela criança mesmo (Gestante 09).

A minha preocupação é de acontecer alguma coisa com meu bebê, de ficar com alguma sequela, porque os remédios são muitos fortes(...) sei lá (Gestante 11).

Mulher a gente se preocupa (...) em prejudicar meu bebê (Gestante 14).

Apenas duas gestantes participantes do estudo relataram não sentir nada, apenas mantiveram a calma ou reagiram normal, quando lhes foi questionado sobre seus sentimentos e preocupação frente a patologia, responderam:

Mantive calma (Gestante 03)

Reagi normal (Gestante 01)

Incerteza quanto aos seus sentimentos e preocupações, foi relatado por apenas uma gestante. A falta de conhecimento sobre seu real estado de saúde, muitas vezes pode ocasionar sentimento de tristeza e proporcionar à gestante um estado de indiferença. O que nos faz pensar que para essa gestante os níveis tensionais elevados não se configuram uma complicação gestacional que põe em risco tanto a ela como seu bebê, ou uma fase de negação evidenciando neste caso o déficit de conhecimento da mesma.

Nada, tristeza talvez (Gestante 10).

Nadinha (...) só quero cuidar desse (bebê) (...) por causa dos outros que perdi (Gestante 13).

4.5 Informação, ação indispensável, no entanto negligenciada

No estudo observou-se que as informações e orientações necessárias, dispensadas às gestantes, foram somente em relação à alimentação, esquecendo deste modo outros fatores de

risco que contribuem para a instalação de outras complicações ou agravamento das já existentes, de modo que quando indagadas a esse respeito, responderam:

Sim, sobre a comida (...) não posso comer com muito sal(...) (Gestante 01).

Sim, alimentação (...) não posso comer de tudo né? (...) tenho que controlar minha alimentação (Gestante 05)

Não recebi muita orientação não falou pra diminuir só o sal e a gordura, só isso (Gestante 08)

Algumas gestantes, participantes do estudo, relataram que não receberam nenhuma orientação da equipe multidisciplinar, referente a sua patologia quando internadas no hospital de referência, e que em gestação prévia o médico apenas orientou quanto ao repouso, como pode ser observado nas falas:

Não, na outra vez que eu bati ultrassom, o médico disse pra ter repouso, ter cuidado (Gestante 04).

Não(...) não me disseram nada(...) (gestante 06)

(...) nunca tive nenhuma orientação de ninguém (Gestante 15).

No presente estudo, a maioria dos relatos evidenciaram que informações necessárias, fundamentais e vitais para a gestante, de algum modo eram negligenciadas pela equipe de saúde, uma vez que não houve praticamente essa dispensação, durante a internação da paciente, encontrando dessa forma divergência com o estudo de Luciano et al. (2011), onde relataram que a equipe médica foi a principal equipe que forneceu orientações, seguida dos nutricionistas, dos enfermeiros e finalmente dos técnicos de enfermagem, dados que retratam uma deficiência no papel de educador exercido pelo profissional de enfermagem.

Alusivo à assistência relacionada à oferta de informações, quando indagadas sobre como elas a consideravam, algumas gestantes responderam que estavam satisfeitas com o atendimento e cuidados prestados, porém, a maioria relatou que não recebeu orientações ou informações sobre a patologia.

Boa, o atendimento daqui não é ruim não (...) mulher eu não acho nada não, o que a gente não entende eles (enfermeiros, médicos) conseguem explicar num é? (Gestante 17).

Em relação a assistência é bom, mas eles (os enfermeiros) não explica nada mesmo, se perguntar eles (enfermeiros) não explica (Gestante 08).

Boa, mas eles (enfermeiros) não falam nada muito não (Gestante 09).

É boa, mas eles (médicos) não falam muito sobre o que a gente tem não (Gestante 18).

Pra mim tá sendo ótima, mas eles (enfermeiros e técnicos) não me explicam sobre a pressão (Gestante 20).

Atendimento é muito bom, às vezes eu pergunto e as enfermeiras me responde, e vou tirando as dúvidas (Gestante 11).

O Ministério da Saúde propõe que o profissional de enfermagem, realize uma assistência eficiente no acompanhamento pré-natal de baixo risco e no seguimento e acompanhamento da gestante de alto risco na unidade de referência, bem como no atendimento intrahospitalar, identificando precocemente possíveis complicações na gestação, para realização de intervenções em tempo oportuno a fim de evitar um progresso e desfecho desfavoráveis dessa gestação, para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2012).

Acredita-se que a educação em saúde é indispensável no andamento da gestação de alto risco, impondo aos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, detentor do cuidar, explorar mais a esfera do educar, proporcionando à gestante com complicações gestacionais, prosseguir com uma gravidez o mais saudável possível (LUCIANO et al., 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se o desconhecimento das gestantes acerca da SHEG, indo além do que imaginamos, e as consequências causadas tanto à gestante, quanto ao filho e família, nos reportam à assistência prestada na atenção primária, que não condiz com o que preconiza as políticas que garantem a humanização do parto e nascimento e assistência integral ao binômio mãe-filho.

Acredita-se que os dados encontrados colaboram para fortalecer ainda mais o vínculo enfermeiro/gestante, começando na atenção primária e se estendendo até o ambiente hospitalar, melhorando dessa forma a capacidade de a gestante enfrentar a doença e responsabilizar-se também pelo autocuidado.

O estudo nos mostra a necessidade dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que atua desde o pré-natal até a prestação de cuidados à gestante no ambiente hospitalar, utilizar estratégias como a educação em saúde para levar o conhecimento necessário e em tempo oportuno às gestantes com SHEG, como também com outras complicações gestacionais, diminuindo dessa forma os riscos potenciais, através da oferta de cuidado integral e abrangente.

Percebeu-se a necessidade de prestar assistência integral às gestantes contemplando ações preventivas, curativas e educativas. A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, deve utilizar de estratégias para alcançar as gestantes carentes de conhecimento, tanto na atenção básica, quanto no ambiente hospitalar, local onde há grande incidência de internações. Tal ação proporciona a assistência humanizada, englobando todos os aspectos deficientes das gestantes como o conhecimento, o emocional, o físico e o psicológico, contribuindo dessa forma com bem-estar e autonomia diante da progressão e desfecho de sua gestação.

ABSTRACT

A Specific Hypertensive Syndrome of the Gestation (SHEG) is a complication of higher incidence, which contributes to the indices of maternal and perinatal morbimortality to continue. The lack of knowledge and / or poor knowledge of the pregnant woman about an SHEG contributes to a deficit of self-care, evidencing an unfavorable evolution of the pregnancy. Find out about the knowledge about SHEG, about the disease, as well as a nursing study regarding guidelines and information given to pregnant women. It is a field study, descriptive, exploratory, qualitative approach. The sample consisted of 23 pregnant women admitted to a reference maternity hospital in the Southwest of Maranhão, who responded to the inclusion and exclusion criteria. The ethical aspects of CNS Resolution 466/2012 were respected. For data collection, we used a semi-structured questionnaire and interview, covering sociodemographic aspects, obstetric data and guiding questions on the subject. For data analysis, the study was based on the Content Analysis proposed by Bardin. According to the results, it was noticed that the pregnant woman has knowledge about a disease is still deficient, contributing to potential complications, increasing maternal and fetal mortality rates. It was evidenced through the statements of the women and deficiency in the assistance of the nursing team in relation to the guidelines and information on a pathology, making it necessary to rethink and strengthen nursing care through health education, both in primary care as in the nonhospital environment.

Keywords: High-risk pregnancy. Hypertension. Nursing.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, W.T.; PERAÇOLI, J. C. **Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia**. Com. Ciências Saúde - 22 Sup. 1: S161-S168, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**.: Editora do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/2012**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012b.
- BRASIL, **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARVALHO, A. C. et al. **Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal**. Rev. Interd. v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. Teresina, 2014.
- COSTA, L. D. et al. **Perfil epidemiológico de gestante de alto risco**. Rev. Cogitare Enferm. 21(2): p. 01-08, abr/jun; Paraná, 2016.
- GUIMARÃES, G. P. **Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco**, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 225p.
- LOPES, G. T. et al. **Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: Ênfase nos cuidados de enfermagem**. Revista Augustus, v. 18, nº 36, p 77 – 89, jul. /dez, Rio de Janeiro, 2013.
- LUCIANO, M. P; SILVA, E. F. da; CECCHETTO, F.H. **Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes**. Rev. Enferm UFPE, on line v. 5, n. 5, p. 1261-266, 2011.
- NOUR, G. F. A. et al. **Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gestação: Evidências para o cuidado de enfermagem**. Sanare, V.14, n.01, p.121-128, jan./jun., Sobral, 2015.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. **Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19 (1), Cuiabá - MT, Jan-Mar 2015.

OLIVEIRA, K. K. P. A. de. et al. **Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia.** Rev. Enferm. UFPE, Recife, 2016.

QUEIROZ, M. R. **Ocorrência das síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região sudeste do Brasil,** Dissertação, São Paulo, 2014.

REZENDE, J.; MONTENEGRO C.A.B. **Fundamentos de obstetrícia.** 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, E. F. et al. **Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação.** Rev. Gaúcha Enferm., jun.; 32 (2): 316-22, Porto Alegre (RS), 2011.

SILVA, M. R. C. et al. **A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A.C.P.F; COSTA, I.C.C. **Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.** Rev Esc. Enferm USP, ; 45(6):1285-92, São Paulo, 2011.