



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANA CLARA OLIVEIRA ALEXANDRE**

**O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB  
ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

**ANA CLARA OLIVEIRA ALEXANDRE**

**O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB  
ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as exigências para obtenção do título de Licenciado/Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms.Roberta Lima Gonçalves.

Campina Grande – PB  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A381c

Alexandre, Ana Clara Oliveira.

O conhecimento dos enfermeiros das unidades básicas de saúde da família do município de Esperança – PB acerca das síndromes hipertensivas da gravidez [manuscrito] / Ana Clara Oliveira Alexandre. – 2011.

54 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Prof. Ma. Roberta Lima Gonçalves, Departamento de Enfermagem.”

1. Enfermagem geriátrica. 2. Gravidez. 3. Pré-natal.  
4. Síndromes hipertensivas. I. Título.

21. ed. CDD 610.736 78

ANA CLARA OLIVEIRA ALEXANDRE

**O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB  
ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

Aprovado em 20 de junho de 2011

BANCA EXAMINADORA

Roberta Lima Gonçalves

Prof.<sup>a</sup> Ms. Roberta Lima Gonçalves – UEPB

Orientadora

Suely Deysny de Matos Celino

Suely Deysny de Matos Celino

Mestrado em Saúde Pública

Valkênia Alves Silva

Valkênia Alves Silva

Especialista em Saúde Pública

## DEDICO...

...Ao meu querido pai, que não se encontra mais comigo, mas que hoje se estivesse aqui estaria muito feliz e orgulhoso de mim.

...A minha mãe maravilhosa de quem muito me orgulho, pois sempre me incentivou e me acolheu com muito amor no decorrer de toda esta trajetória.

...Ao meu esposo Ari, que souber superar as dificuldades que juntos passamos no decorrer da minha graduação.

...A minha querida professora Roberta Lima Gonçalves, que com sua generosidade, paciência, inteligência e eficiência, tornou minha vida mais cheia de sentido, me ajudando a embarcar neste projeto valorizando toda a riqueza e beleza que ele possui, portanto foi peça primordial na construção do meu conhecimento.

*Tudo o meu carinho e respeito!*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, ser supremo que me deu força e perseverança para prosseguir nesta caminhada árdua, mas, gratificante.*

*Aos mestres que muito contribuíram para o meu crescimento, obrigado pela vastas trocas de experiências.*

*Aos colegas, pelas trocas de informações, pelos incentivos nas horas de desânimo e compreensão dada nos momentos oportunos, especialmente aqueles mais próximos, com quem compartilhei meus medos, frustrações e angustias.*

*Ao meu querido esposo Ary por entender a minha ausência.*

*A minha mãe, pelo o amor incondicional por mim, como também a meus irmão, pelo constante incentivo.*

*A professora Roberta Lima em especial meu muito obrigado, orientadora e companheira, que tão bem me acompanhou nesta tarefa tão difícil.*

*A todos...*

*... muito obrigado*

*Mais belas que as palavras de um médico  
é o carinho de uma enfermeira, que tem  
que amar por um curto tempo  
acostumando-se com as perdas.*

*Matheus Chaves*

## RESUMO

As síndromes hipertensivas que acometem mulheres durante a gravidez são consideradas como as complicações clínicas mais graves durante o ciclo gravídico-puerperal, com elevada morbimortalidade e apresentando uma incidência de 6 a 30% entre as gestantes. A classificação mais habitual das síndromes hipertensivas que acometem a mulher grávida é a: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão. Este trabalho teve por objetivo avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Esperança – PB acerca das síndromes hipertensivas durante a gestação. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com investigação, abordagem e análise quantitativa, realizado com 11 enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família no período de abril de 2011 a maio de 2011. Foi utilizado um questionário fechado com questões objetivas, que abordavam dados sociodemográficos, e questões acerca do conhecimento do enfermeiro relacionadas com as síndromes hipertensivas. Na população estudada observou-se que era composta por profissionais do sexo feminino e em sua grande maioria eram casadas. Neste estudo menos da metade da população do estudo atuam na atenção primária à saúde a mais de 10 anos. Diversos profissionais também desempenham outras atividades em diferentes áreas. Com relação às atividades desenvolvidas, observa-se uma maior frequência no gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde da Família e atividades educativas. Em relação ao conhecimento acerca das síndromes grande parte da população apresentou respostas incorretas sobre a classificação das síndromes hipertensivas. Ao avaliar as condutas adotadas pelos profissionais em casos de síndromes hipertensivas, não foi constatado o seguimento de protocolo clínico, e, a população em estudo preocupava-se apenas em encaminhar para o pré-natal de risco. Em relação às medidas preventivas tomadas durante o acompanhamento do pré-natal com as gestantes, observa-se que a maioria dos profissionais não desenvolvia atividades educativas com as gestantes que acompanhavam. Diante do exposto percebe-se que o conhecimento da fisiopatologia, o diagnóstico precoce e o manejo adequado nos casos de síndromes hipertensivas permitem melhorar a assistência da enfermagem durante a gestação.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Pré-natal, Síndromes hipertensivas.

## ABSTRACT

The hypertension syndromes who attack women during pregnancy are considered the most serious clinical complications during the gravid-puerperal cycle, with high morbimortalidade and showing an incidence of 6 to 30% among pregnant women. The most usual sort of hypertension syndromes that attack the pregnant woman is: chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia/eclampsia and pre-eclampsiasobrepotaa hypertension. This work was intended to assess the level of knowledge of nurses of basic health units of the family of the municipality of hope – PB about gestational hypertension syndromes. It is a descriptive and exploratory study, research, and quantitative analysis, carried out with 11 nurses who work in basic health units of the family in the period April 2011 to May 2011. A questionnaire was used closed with objective matters, that addressed demographic data, and questions about knowledge of nurses related hypertension syndromes. In the studied population observed that was composed of female professionals and most were married. In this study less than half of the population of the study work in basic care to more than 10 years. Many professionals also play other activities in different areas. With respect to activities developed, there is a greater frequency in the management of basic health units of the family and educational activities. In relation to knowledge about syndromes much of the population have submitted incorrect responses on the classification of hypertension syndromes. To assess the conduct adopted by practitioners in cases of hypertension syndromes, there was found the following clinical Protocol, and the population under study concerned-if only in forward to the antenatal risk. In relation to preventive measures taken during the prenatal monitoring with pregnant women, noted that most professionals do not develop educational activities with the pregnant women that accompanied. Before the exposed realizes that knowledge of pathophysiology, early diagnosis and appropriate management in cases of hypertension syndromes can improve nursing care during pregnancy.

**Keywords:** Nursing. Prenatalcare. Syndrom Hipertensive

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Atenção Básica
PSF	Programa de saúde da Família
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	METODOLOGIA .....	14
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	14
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	14
3.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	15
3.4	PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	15
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	15
3.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	15
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	15
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	16
4.1	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO.....	16
4.2	ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ NO PRÉ-NATAL.....	21
4.3	A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
	REFERÊNCIAS .....	37
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A– Questionário para Coleta de Dados	
	APÊNDICE B - Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR)	
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
	ANEXOS	
	ANEXO A– COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	

## 1 INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas da gravidez fazem parte de um grupo de complicações clínicas mais comuns, evidenciadas durante o período gravídico-puerperal, apresentando uma incidência de 6 a 30% entre as gestantes (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). Tal estimativa vem preocupando epidemiologistas do mundo inteiro, devido aos efeitos deletérios para a saúde pública por se relacionarem a significativas e importantes causas de morbimortalidade tanto materna quanto fetal (CAVALLI et al., 2009).

A patogênese das síndromes hipertensivas da gravidez é complexa e desconhecida de origem multifatorial que envolve a interação de fatores imunológicos, genéticos, ambientais, nuliparidade, disfunção endotelial, obesidade, dentre outros fatores (FERRER, 2000).

Atualmente existem quatro síndromes hipertensivas da gravidez, cada uma, com características fisiopatológicas que têm implicações clínicas bastante pertinentes para a saúde materna e do feto. São elas: Hipertensão Crônica, Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (PODYMOW; AUGUST, 2008).

A síndrome HELLP é uma complicação clínica, com etiologia desconhecida, que caracteriza o agravamento do quadro de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, com associação entre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática (VINNARS et al., 2008; POON et al., 2009). Caracteriza-se por uma incidência em cerca de 20% dos casos de pré-eclâmpsia grave, com elevada morbimortalidade (ANGONESI; POLATO, 2007; LYKKE et al., 2009).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal, em casos de síndromes hipertensivas está diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário (COSTA et al., 2009).

Dessa forma, diante da necessidade do estabelecimento de parâmetros e metas para alcançá-los, o Ministério da Saúde (MS) firmou o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e criou a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal para uma melhor orientação dos gestores acerca de qualificação de pessoal, elaboração de protocolos e uso de recursos no atendimento de pré-natal (COSTA et al., 2009; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

De acordo com Ximenes Neto et al., (2008) o atendimento pré-natal deve ser direcionado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes, dispondo de

conhecimento técnico-científico e recursos humanos e financeiros de modo que facilite o acesso e continuidade do acompanhamento. Por isso, e de extrema relevância o trabalho das equipes de Saúde, com o mapeamento da população da sua área de abrangência e respectiva classificação de risco das gestantes.

A assistência pré-natal desempenhada por enfermeiros apresenta uma substancial importância na identificação precoce de casos síndromes hipertensivas da gravidez. Além disso, esses profissionais são responsáveis pela escuta atenta às usuárias dos serviços de saúde, e devem transmitir apoio e confiança necessária para que as gestantes possam conduzir com autonomia necessária a gestação e o parto (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

Neste contexto, o profissional enfermeiro, integrante das equipes de saúde, na Atenção Básica, desempenha inúmeras funções, dentre elas, destaca-se a realização da Consulta de Enfermagem, solicitação de exames laboratoriais, prescrição e transcrição de medicações e desenvolvimento de ações educativas, tudo em acordo com dispositivos legais e protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde (SANTOS et al., 2008).

A realização da consulta de enfermagem, durante o ciclo grávido-puerperal é de suma importância, principalmente em casos confirmados de uma das síndromes hipertensivas, onde a mulher deverá receber orientações adequadas acerca de medidas preventivas, diagnóstico clínico e tratamento, proporcionando assim uma redução dos riscos à gravidez com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal (RIOS; VIEIRA, 2007).

Assim, avaliar o conhecimento desses profissionais acerca destas complicações clínicas representa um indicador eficiente que reflete exatamente a essência da qualidade da assistência da enfermagem (OLIVEIRA et al., 2006; SOUZA; CRUZ; STEFANELLI, 2007).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Esperança – PB acerca das síndromes hipertensivas durante a gestação.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar as medidas utilizadas pelos enfermeiros na prevenção das síndromes hipertensivas durante a gestação;
- Identificar a conduta adotada pelos enfermeiros quando estes evidenciam os sinais e sintomas das síndromes hipertensivas durante a gestação.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, com investigação, abordagem e análise quantitativa.

A pesquisa quantitativa baseia-se na sistematização e na adoção de estratégias objetivas e rigorosas a fim de produzir e refinar o conhecimento acerca de determinada hipótese (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007). A pesquisa quantitativa obedece ao paradigma clássico: o positivismo. Estudos orientados pela doutrina positivista são baseados na postulação de uma realidade externa que pode ser examinada com objetividade, com o estabelecimento de relações causa-efeito, a partir da aplicação de métodos quantitativos de investigações, obtendo assim resultados passível de reprodução (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

O método epidemiológico do tipo descritivo consiste na descrição da distribuição de um determinado evento em uma população específica, referentes ao tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Este método avalia tanto a incidência como a prevalência do evento, bem como gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Esperança que está localizado no brejo paraibano, situado em uma área de 146,20 Km<sup>2</sup>, representando 0,26% do Estado, estando a 145Km da capital, com uma população de 31.095 hab., sendo 21.631 habitantes na zona urbana (e 9.464 habitantes na zona rural (IBGE, 2010).

O Programa de Saúde da família (PSF) foi implantado no município em 1998, sendo considerado um dos pioneiros do Estado. Inicialmente, a abrangência era de duas equipes na zona rural, mas, atualmente o programa tem uma cobertura de aproximadamente 100% da população. O município oferta a atenção primária à saúde e de média complexidade, sendo o acesso aos serviços de alta complexidade referenciados para os municípios de Campina Grande e João Pessoa. A cidade conta atualmente com 11 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 7 na zona urbana e 4 na zona rural, 1 policlínica, 1 hospital municipal, 1 Centro de Apoio Psico-Social (CAPS), 1 Centro de Saúde Materno Infantil e 1 Maternidade (MELO et al., 2005; PORTELA et al., 2010).

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população que participou da pesquisa foi constituída por 11 enfermeiros que atuam nas UBSF do Programa Saúde da Família.

### 3.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de abril a maio de 2011.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fez-se uso de um instrumento de coleta de dados, composto em 03 partes (APENDICE A). Na primeira parte as questões são referentes aos dados demográficos dos enfermeiros. Na segunda parte as questões abordam as características da sua formação profissional. A terceira parte do instrumento visa obter informações sobre o conhecimento do enfermeiro relacionado à identificação, descrição e medidas de prevenção das síndromes hipertensivas da gravidez.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise estatística, para a criação do banco de dados, utilizou-se a planilha do Microsoft Excel<sup>®</sup> e a análise dos dados foi realizada usando o programa Epi-Info 3.4.1, de domínio público. Os dados receberam um tratamento estatístico baseado em estatística descritiva com a obtenção de frequências, médias, tabelas e/ou figuras. De posse dos resultados, realizou-se uma abordagem quantitativa, confrontando os dados obtidos com os dados da literatura.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Universidade Estadual da Paraíba, conforme determinações definidas pela Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Parecer nº 0111.0.133.000-11 (ANEXO A).

A todos os profissionais foram fornecidas as devidas orientações acerca do estudo, incluindo a confidencialidade e aspecto voluntário da participação. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE C).

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Durante o período gravídico-puerperal, ocorre uma série de eventos hemodinâmicos no organismo feminino que englobam ajustes na fisiologia renal e cardiovascular para a manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade, ou seja, valores menores que 140/90 mmHg, todavia, em alguns casos podem ocorrer agravos durante sua evolução, colocando em risco a saúde da mãe e do conceito (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

As alterações que ocorrem durante o período gestacional são ocasionados por três fatores principais: o primeiro são as alterações hormonais com efeito direto sobre os órgãos do sistema reprodutor, implicando em efeitos colaterais como a retenção hídrica. A retenção ocorre devido a alteração do nível plasmático de estrógeno na corrente sanguínea, ocasionando o aumento na quantidade de água corpórea e de sódio, que por sua vez ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que promove retenção de água e de sódio, ocasionando assim o edema. O segundo fator é expresso pelo volume e circulação no útero, com tamanho demasiado, causando alterações estéticas nas mulheres, bem como nos sistemas circulatórios e respiratórios; e, por último, o aumento das exigências de oxigênio e elementos nutritivos, que provoca diversos distúrbios no metabolismo materno (BORGES et al., 2001)

É importante o conhecimento das adaptações fisiológicas do organismo materno, para que se saiba diferenciar e diagnosticar situações normais de patológicas, para que a gestante possa receber o tratamento adequado. Essas modificações estão presentes em praticamente todos os sistemas (OLIVEIRA et al., 2006).

Dentre as patologias que podem evoluir durante a gestação, as síndromes hipertensivas, são tidas como as mais graves em decorrência das intercorrências clínicas materno-fetais, contribuindo para o aumento nos indicadores de morbimortalidade (CORREIA et al., 2011).

Apesar da importância para a saúde pública, o desenvolvimento das síndromes hipertensivas em gestantes saudáveis, ou o agravamento do quadro de hipertensão arterial sistêmica preexistente não apresentam etiologia e fisiopatologia exata bem definida (COELHO et al., 2004).

Em países desenvolvidos apresentam uma incidência de 6% a 8% das gestantes, ocorrendo em idades extremas da vida reprodutiva: menos de 20 e maiores de 35 anos. No Brasil, cerca de 10% dos casos podem desenvolver o evento. (GANEM; CASTIGLIA, 2002).

Até recentemente a terminologia usada para descrever as síndromes hipertensivas da gravidez era confusa e inconsistente, o que tornava a comparação entre estudos praticamente impossível. Atualmente uma das classificações mais aceita pela comunidade científica das Síndromes Hipertensivas da Gravidez, haja vista o pouco conhecimento de suas etiologias e a falta de consenso acerca de suas definições, foi proposto pelo *American College of Obstetricians and Gynaecologist* em 1990 atualizado em 2000, servindo de base para a elaboração de manuais técnicos de vários países inclusive o Brasil (BRASIL, 2010).

De acordo com a classificação supracitada há quatro principais síndromes hipertensivas na gravidez, cada uma, com características fisiopatológicas que têm implicações clínicas bastante pertinentes para a saúde materna e do feto. São elas: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (PODYMOW; AUGUST, 2008).

A hipertensão crônica é caracterizada pela ocorrência da elevação da pressão arterial antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto. A hipertensão crônica está associada a sérias complicações tanto para a mãe quando para o feto, onde inclui o agravamento do quadro de hipertensão, casos de pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, deslocamento da placenta, nascimento prematuro dentre outros (FERRER, 2000).

De acordo com a etiologia a hipertensão crônica pode ser classificada em essencial/primária, ou secundária, e, considerando os níveis tensionais temos: leve, moderada e grave. Sousa et al., (2008) fizeram uso dos seguintes parâmetros para classificar a hipertensão arterial crônica:

- Hipertensão leve: com pressão arterial diastólica de 90mmHg até 100mmHg
- Hipertensão moderada: com pressão arterial diastólica de 100mmHg até 110mmHg.
- Hipertensão grave: com pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg.

As classificações supracitadas são importantes para a orientação do profissional de saúde que atende a gestante no tocante a identificação da paciente propensa a apresentar maiores ou menores riscos durante a gestação, bem como orientar qual a conduta a ser adotada (BAHA; SIBAI, 2002).

O tratamento da gestante com hipertensão crônica deve ser iniciado, à medida que, o aumento pressórico possa provocar a ocorrências de complicações maternas, como acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e renal (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Este tratamento tem por objetivo a manutenção dos níveis tensionais em níveis aceitáveis, evitando assim a progressão para doença mais grave. No entanto, alguns autores afirmam que diante da ausência de estudos específicos que possam avaliar os riscos e benefícios da terapia anti-hipertensiva faz com que a escolha destes fármacos seja baseada na experiência pessoal do clínico e em Consensos de Especialistas Nacionais e Internacionais, vale salientar que, não existe uma uniformidade de conduta entre esses especialistas (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008; FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Este objetivo pode ser alcançado tanto por meio de um tratamento farmacológico com o uso de drogas anti-hipertensivas, bem como na adoção de medidas não-farmacológicas o qual incluem orientações relacionadas aos hábitos de vida saudáveis, bons hábitos alimentares com redução do consumo de sal, a não ingestão de bebidas alcoólicas e a prática de atividades físicas regulares, realizadas com orientação adequada (SOUZA; DUBIELA; SERRÃO JUNIOR, 2010).

Outra forma de doença hipertensiva pode ser classificada como hipertensão gestacional que consiste no aumento da pressão arterial que surge após a vigésima semana de gestação e sem quadro de proteinúria. Pode representar uma pré-eclâmpsia que não teve tempo de desenvolver proteinúria, ou uma hipertensão transitória se a pressão arterial retornar ao normal após 12 semanas do parto, ou ainda uma hipertensão crônica se a pressão arterial persistir elevada (BRASIL, 2010).

Neste sentido a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomenda uma avaliação laboratorial após a 20<sup>a</sup> semana com a realização de uma série de exames como: hemograma completo, transaminases, plaquetas, ácido úrico, desidrogenase láctica.

Dentre as principais hipóteses fisiopatológicas da hipertensão gestacional destacam-se a lesão endotelial, a doença hiperdinâmica e um aumento da atividade simpática, além da associação a fatores genéticos e ambientais, o que a caracteriza como uma doença multifatorial (SOARES et al., 2009; BRASIL, 2010).

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia trata-se de um quadro de hipertensão de incidência após 20 semanas de gestação acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2010).

A pré-eclâmpsia não apresenta sua fisiopatologia completamente conhecida, mas sabe-se que é multifatorial com o envolvimento de vários órgãos. Teorias foram propostas por diversos estudos diante da necessidade de compreender o quadro clínico (ALVES et al., 2007). Dentre as teorias mais aceita envolve as alterações no endotélio, modificações gestacionais e ativação da cascata inflamatória normal, onde resultariam na má adaptação

placentária com deficiência em sua perfusão, infiltrados de células trofoblásticas nas arteríolas espiraladas (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Os principais fatores de risco para a pré-eclâmpsia são: primigestação, hipertensão crônica ou doença renal, *diabetes mellitus* pré-gestacional e resistência à insulina, obesidade, cor negra, gestações múltiplas, extremos de idade materna (< 18 anos ou > 40 anos de idade), história familiar ou prévia de pré-eclâmpsia, moléstia trofoblástica gestacional, isoimunização Rh, síndrome antifosfolípide (SOUSA et al., 2008)

Para diagnóstico clínico, Prado et al., (2002) caracterizavam a pré-eclâmpsia pela ocorrência da chamada tríade sintomática clássica: hipertensão arterial sistêmica, proteinúria maior que 0,3g em 24h e edema em paciente normotensa até a 20ª semana de gestação.

Porém essa classificação atualmente não é mais utilizada, pois o edema pode ou não estar presente, sendo retirado da tríade clássica sintomática da pré-eclâmpsia, e, ainda pode ocorrer em até 25% das gestações (BRASIL, 2010). No entanto, o edema generalizado (face, mãos, parede abdominal e região lombossacra) associado a aumento de peso acima de 1.000 gramas por semana em uma grávida hipertensa deve levar a cuidadoso acompanhamento da paciente (SOUSA et al., 2008).

O edema é uma das alterações hemodinâmicas que pode apresentar natureza patológica, e que se manifesta de forma bem característica nas síndromes hipertensivas. Trata-se de uma acentuada vasoconstrição arteriolar, que acarreta um aumento da resistência vascular periférica e tem como consequência imediata o aparecimento da hipertensão. Assim o organismo ativa um dos mecanismos compensatórios da hipertensão com a perda de plasma para o espaço extravascular, resultando assim no aparecimento desta complicação (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

A sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) classifica a pré-eclâmpsia em leve e grave de acordo com os achados clínicos. A pré-eclâmpsia é considerada como leve quando apresenta a pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg após 20 semanas de idade gestacional, mesmo em pacientes consideradas normotensas antes da gestação; presença de proteinúria de 1 (+) em fita, avaliada em duplicata, com amostras de urina com 4-6 horas de intervalo que se correlaciona a 30mg/dl em amostra de urina, quando excluída presença de infecção urinária, mas confirmada com  $\geq 0,3$  g em urina de 24 horas.

Os casos graves de pré-eclâmpsia é confirmado quando observa a presença de pelo menos um dos seguintes parâmetros: PA  $\geq 160/110$  mmHg, em duas aferições com 6 horas de intervalo e com a paciente em repouso; proteinúria de 24h  $\geq 5$  g ou  $\geq 3+$  em fita, em duas amostras coletadas com intervalo de 4 horas; Oligúria, com volume urinário < 500 ml/24h;

Insuficiência renal (creatinina sérica  $\geq 1,2$  mg/dl em paciente com função renal normal prévia) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A identificação precoce dos sinais e sintomas é de suma importância na prevenção das sequelas da pré-eclâmpsia. Inicialmente, devem-se realizar exames laboratoriais que incluem contagem de plaquetas, teste de função hepática, exame de urina para detectar proteinúria, uréia e creatinina sanguíneas (SANTOS, MEIRELLES FILHO, 2004).

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causada por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. A eclâmpsia é comumente precedida pelos sinais e sintomas como distúrbios do sistema nervoso central, visuais e gástricos. A causa exata das convulsões não é conhecida. Dentre as teorias conhecidas estão a lesão endotelial, edema vasogênico e a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Os casos de óbitos causados por eclâmpsia são consequentes de hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática com ou sem coagulação intravascular disseminada, complicações respiratórias secundárias à broncoaspiração de conteúdo gástrico, que podem ocorrer de forma isolada ou associados entre si (NOVO; GIANINI, 2010).

A incidência desta complicação clínica gira em torno de 1:330 partos nos países desenvolvidos, já no Brasil ocorre em cerca de 1% das gestações. Dentre as formas graves das síndromes hipertensivas, a eclâmpsia é considerada como uma complicação obstétrica que apresenta uma evolução insidiosa, apresentando assim elevada morbimortalidade do binômio mãe-feto, podendo chegar a 50.000 mortes maternas anuais (NOVO; GIANINI, 2010).

A prevenção da eclâmpsia depende do empenho das equipes de saúde no desenvolvimento de uma assistência pré-natal efetiva na atenção primária, sendo esta complementada pela atenção secundária aos grupos de riscos (CAVALLI et al., 2009).

Com relação ao tratamento farmacológico vigente, diversos estudos como o multicêntrico mundial “Magpietrial” apontam a utilização do sulfato de magnésio ( $MgSO_4$ ), como a droga mais eficiente em relação aos anticonvulsivantes clássicos como a fenitoína e benzodiazepínicos, tanto na interrupção da crise convulsiva como na diminuição de suas recorrências (RUANO; ALVES; ZUGAIB, 2004).

A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica ocorre em casos de surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Esse é um diagnóstico bastante complicado e de difícil realização, tendo em vista que a paciente hipertensa pode

apresentar quadro de proteinúria patológica, exigindo anamnese criteriosa. Contudo, o emprego de exames complementares como o exame de fundo de olho, pode auxiliar na detecção de dano em órgão alvo em pacientes com hipertensão crônica. Em gestantes, com esse quadro patológico grave a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas  $<100.000/\text{mm}^3$ ) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas (GANEM; CASTIGLIA, 2002; SANTOS; MEIRELLES FILHO, 2004).

A síndrome de HELLP é uma grave complicação da gestação, sendo considerada uma das formas mais graves de pré-eclâmpsia/eclâmpsia. A etiologia da síndrome HELLP é desconhecida e sua fisiopatologia não é totalmente compreendida. Aproximadamente 2% dos pacientes com síndrome HELLP apresentam grave hemorragia espontânea do parênquima do fígado acompanhado por necrose hemorrágica das células hepáticas e ruptura do órgão, o que representa a principal causa de morte nestes pacientes (KUCZKOWSKI, 2007).

Atualmente, o único tratamento definitivo para a síndrome HELLP é o parto e a remoção dos vilos coriônicos. Está assentado que uma resolução mais rápida do processo é desejável, para diminuir as possíveis morbidades associadas e os altos custos hospitalares. Atualmente não se dispõe de tratamento, já que a fisiopatologia exata da doença continua desconhecida. Várias modalidades experimentais foram propostas para tratar ou reverter a fisiopatologia da síndrome HELLP. Infelizmente, dispõe-se de poucos ensaios clínicos randomizados para testar a eficácia da maioria das intervenções, de forma que não existem evidências clínicas que permitam recomendá-las na prática diária (KATZ et al., 2008).

#### 4.2 ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ NO PRÉ-NATAL

O PSF trata-se de uma estratégia do MS que visa reorientar o modelo de Atenção do Sistema Único de Saúde, tendo como eixo norteador as ações da Atenção primária saúde. Neste Programa, a assistência à saúde é prestada por equipes de saúde da família, de forma integrada com a comunidade. O enfermeiro é um dos profissionais que compõem esta equipe, e, ganhou destaque, junto aos demais profissionais como uma das categorias mobilizadas para a gestão das Unidades Básicas de Saúde da Família (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Ao enfermeiro do PSF cabe atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe, atividades consideradas de cunho gerencial e atribuições específicas como a realização da Consulta de Enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e

transcrição de medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão (BENITO; BECKER, 2007).

As ações básicas a serem executadas por estes profissionais no PSF foram descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) em 2000 e de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 e constam de: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do Diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase (DUARTE; ANDRADE, 2006; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

As Ações de Saúde da Mulher são prioridades a serem desenvolvidas pelo PSF. A atuação da enfermagem durante o período gravídico-puerperal vem ganhando importância nas últimas décadas, tendo em vista que suas ações e práticas profissionais consistem no acompanhamento ao pré-natal da gestação ao parto de baixo risco obstétrico e a identificação precoce do risco (ÂNGULO-TUESTA et al., 2003).

Segundo Pereira e Bachion (2005) a atuação de enfermagem vem recebendo diversos incentivos de vários setores da saúde e entidades de classe para uma melhoria dos indicadores da qualidade da atenção obstétrica como a contenção da crescente medicalização, uso inadequado das tecnologias no parto e aumento progressivo das taxas de cesáreas das gestantes atendidas em instituições de saúde, na rede básica de saúde e no PSF. A atuação do enfermeiro no pré-natal contribui de forma significativa na identificação dos problemas reais e potenciais que podem ocorrer no ciclo gravídico-puerperal visando à redução dessas complicações, sempre recorrendo ao manejo adequado das diversas situações práticas.

Nos últimos anos, as políticas públicas na área da saúde materno-infantil vêm sendo divulgadas no sentido de ampliar e apresentar melhorias na qualidade da assistência obstétrica com enfoque da humanização do pré-natal, parto e nascimento. Em 2000, o MS publicou um manual com orientações e ações programáticas para lidar com casos de gestações de alto de risco com diversos tipos de complicações como as síndromes hipertensivas na gestação (BRASIL, 2010).

Estas são as complicações que mais contribuem para a mortalidade materna nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe estas mortes representam 25,7% e nos países desenvolvidos, 16,1%. No Brasil, segundo estatísticas do MS, as complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbimortalidade materna e fetal, ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações (BRASIL, 2006).

O MS recomenda a realização de uma consulta de pré-natal baseada na disponibilização de uma assistência integral à mulher, a partir de condutas e procedimentos

técnicos no decorrer da gestação, de maneira que todo o período gestacional ocorra sem intercorrências e/ou minimizando desconfortos que poderão surgir (DUARTE; ANDRADE, 2006).

O acompanhamento pré-natal apresenta uma série de benefícios sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, como a redução da mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal, o que apresenta um efeito positivo, tendo em vista, que vem ocorrendo um aumento no número de consultas pré-natais na atenção primária a saúde, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 por parto em 2005, porém esse índice pode apresentar variações regionais significantes (SHIMIZU, 2009).

Dessa forma, para garantir a extensão da cobertura e melhorias da qualidade do pré-natal, faz-se uso da consulta de enfermagem como um instrumento que apresenta como finalidade a introdução de ações preventivas e promocionais às gestantes. Neste procedimento é requerido do profissional além de qualificação sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Além do mais, as síndromes hipertensivas apresentam um caráter multifatorial o que requer que profissionais busquem sempre ficar atualizados por meio da literatura científica atual sobre o tema, melhorando assim o corpo de conhecimento da profissão e aperfeiçoando a qualidade dos profissionais (AGUIAR, 2010).

#### 4.3 A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

A atuação da enfermagem no PSF requer conhecimentos necessários ao conjunto dos programas de saúde para a população geral, constituindo um desafio para estes profissionais ultrapassarem da abordagem clínico-curativa, para uma atuação com postura multiprofissional e interdisciplinar (SANTOS, 2005).

Acreditar que o conhecimento aprofundado é importante para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e que através dele pode-se alcançar maior autonomia e credibilidade, além de praticar a profissão com a responsabilidade e o comprometimento esperados, seriam o primeiro grande passo para mudar a realidade atual em que o enfermeiro talvez encare como dispensáveis estes conhecimentos para execução da assistência da enfermagem (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

A falta de conhecimento, somada à falta de atenção é vista como uma das principais causas de realização de uma assistência pré-natal de má qualidade. Essa falta de conhecimento é considerada fator de extrema importância e deve ser solucionada através de reciclagem e atualização profissional. Porém deve-se levar em consideração que a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde depende também da adesão das mulheres ao programa de pré-natal e esta adesão é essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que 98% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, tais como melhorar a qualidade do cuidado perinatal e garantir o acesso ao serviço de saúde (GONÇALVES et al., 2008).

Uma assistência pré-natal de qualidade envolve a capacitação técnica continuada do profissional enfermeiro na resolução de problemas mais prevalentes. No PSF, a presença de profissional qualificado no atendimento a todas as mulheres no ciclo gravídico puerperal, consiste numa estratégia de ação requerida por diversos organismos internacionais. Esse profissional é aquele que recebeu uma formação, treinou e atingiu proficiência nas habilidades necessárias, para manejar a gestação normal, e na identificação e referência de complicações, devendo exercê-las de forma competente. Um profissional qualificado é alguém que é capaz de abranger um repertório de habilidades e conhecimentos, em diferentes formas e em diferentes contextos, para exercer a sua atividade profissional da maneira como é reconhecida como competente (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 demonstra a caracterização dos sujeitos da pesquisa, quanto ao gênero, situação conjugal e idade.

**Tabela 1**–Dados Sociodemográficos da população

<i>variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Gênero</i></b>		
<i>Masculino</i>	0,0	0,0
<i>Feminino</i>	11,0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Situação Conjugal</i></b>		
<i>Solteiro</i>	4,0	36,4
<i>Casado</i>	6,0	54,5
<i>Divorciado</i>	1,0	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Idade</i></b>		
20  -- 40	6,0	54,5
40  -- 60	5,0	45,5
<b>TOTAL</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>

Observando a tabela 1, a população analisada foi caracterizada por profissionais de enfermagem do sexo feminino, o que também foi encontrado em estudo realizado por Ximenes Neto et al., (2007) onde 84,7% da população era composta pelo sexo feminino.

Esta maioria de profissionais femininos na Enfermagem não é característica recente da profissão, segundo Barba, Martos e Fonseca (2000) desde a sua origem, a enfermagem tem uma predominância do sexo feminino. Além disso, já na Idade Média o cuidado do doente era realizado pelas mulheres e era direcionado principalmente às crianças e às parturientes.

Os mesmos autores afirmam ainda, que mesmo depois do surgimento dos hospitais, as mulheres continuaram desempenhando um papel significativo no cuidado dos doentes. No entanto, no início do século XXI, de forma discreta, percebe-se o aumento do interesse de pessoas do sexo masculino nesta área de atuação.

Em relação à situação conjugal 62,5% informaram que eram casados (TABELA 01).

No que tange ao estado civil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de casamentos no Brasil apresentou um crescimento de 31,1% de 1998 a 2007. Em estudo desenvolvido por Lentz et al., (2000) em Florianópolis/SC, cerca

de 50% dos profissionais eram casados e 32% solteiros. Faria e Maia (2007), no Rio Grande do Norte, observaram que 53% da população pesquisada eram casados.

Alguns estudos afirmam o predomínio do estado civil solteiro em enfermeiros, como na pesquisa de Santos, Cavalcanti e Araújo (2008) no estado do Pernambuco. Estes pesquisadores estudaram o perfil de enfermeiros que atuam na área de saúde mental, demonstraram que no padrão de distribuição segundo o estado civil, houve predominância de enfermeiros solteiros 52,3% em detrimento a 38,6% casados (SANTOS; CAVALCANTI; ARAÚJO, 2008).

Para Spíndola (2000) embora que a conceituação atual de família diverge do modelo patriarcal que predominava há pouco tempo atrás, no Brasil, pode-se dizer que ainda existe a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos em que o casal é unido ou não por laços legais.

Ainda observando a tabela 1, verificou-se que a maior frequência de enfermeiros que atuam nas UBSF pesquisadas é formada por uma população jovem. Semelhante aos resultados evidenciados no presente estudo destacou-se que em estudo realizado por Montanholi, Tavares e Oliveira, (2006), para investigar os fatores de risco no trabalho observaram uma presença significativa de 50,0% de enfermeiros na faixa etária entre 20 a 35 anos.

Sobre a formação profissional, observou-se que 9,1% indivíduo formado pelo currículo de enfermagem obstétrica (TABELA 2).

Os cursos de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica foram criados pelo projeto de Lei nº 3.082/57. Durante a década de 1970, com a reformulação das universidades brasileiras, ocorreu a incorporação dos cursos de obstetrícia às escolas de enfermagem com a fusão dos currículos, e a opção "Obstetrícia" deixou de existir no ingresso à universidade, sendo postergada para o último ano do curso. Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações extintas, restando, a especialização em enfermagem como único curso previsto para formação específica de profissionais não-médicos na área obstétrica (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Analisando a Tabela 2, em relação à caracterização da instituição de formação profissional, identificou-se que a maioria 72,7% teve sua formação em universidades públicas, a maior parte representada pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), seguido da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Com relação às instituições de formação privada, 01 (9,1%) representaram a Faculdade de Ciências Médicas (FACISA/FCM) e 02 (18,2%) a antiga Universidade Regional do Nordeste (FURNE).

Em relação ao tempo de conclusão da graduação 45,5% estavam formados entre 10 e 20 anos (TABELA 02).

**Tabela 2** - Formação Profissional e o tempo de formado

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Formação Profissional</i></b>		
Enfermagem	10,0	90,9
Enfermagem obstétrica	1,0	9,1
<b>TOTAL</b>	11,0	100,0
<b><i>Tipo de Instituição</i></b>		
Pública	8,0	72,7
Privada	3,0	27,3
<b>TOTAL</b>	11,0	100,0
<b><i>Tempo de Formado</i></b>		
0 - 10 anos	3,0	27,3
10 – 20 anos	5,0	45,5
20 – 30 anos	1,0	9,7
+ 30 anos	2,0	18,7
<b>TOTAL</b>	11,0	100,0

Consonantes com os nossos resultados, Cucolo e Perroca (2010) observaram que a maioria dos enfermeiros tinha tempo de atuação na profissão acima de 10 anos (9.3%), caracterizando-se como uma equipe com considerável experiência.

Com relação ao grau de titulação, todos apresentavam graduação em Enfermagem, e, apresentavam formação em diversas especialidades, onde 71,4% da população estudada apresentavam especialização em Programa Saúde da Família (TABELA 03).

**Tabela 3** - Cursos de Pós-Graduação: Especialização

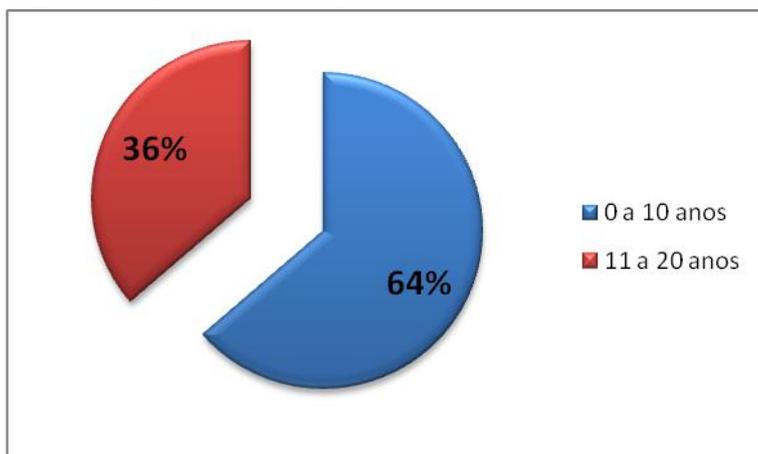
<b>Cursos/Especializações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Capacitador de profissionais da Área da Saúde	1,0	7,1
Educação em Saúde	2,0	14,23
Programa Saúde da Família (PSF)	10,0	71,4
Saúde Mental	1,0	7,1

Em estudo desenvolvido por Lourenço, Shinyashiki, e Trevisan (2005) 83,33% dos entrevistados apresentam algum tipo de especialização.

Cursos de especialização apresentam como objetivo fundamental atender a uma demanda específica do mercado de trabalho, aprofundando e completando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao domínio de funções bem definidas no seu perfil técnico-científico, sendo imprescindíveis para os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde. Cursos de especialização e/ou residência consistem numa estratégia para o fortalecimento das políticas públicas e dar suporte teórico-prático aos profissionais que atuam na Saúde da Família (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009)

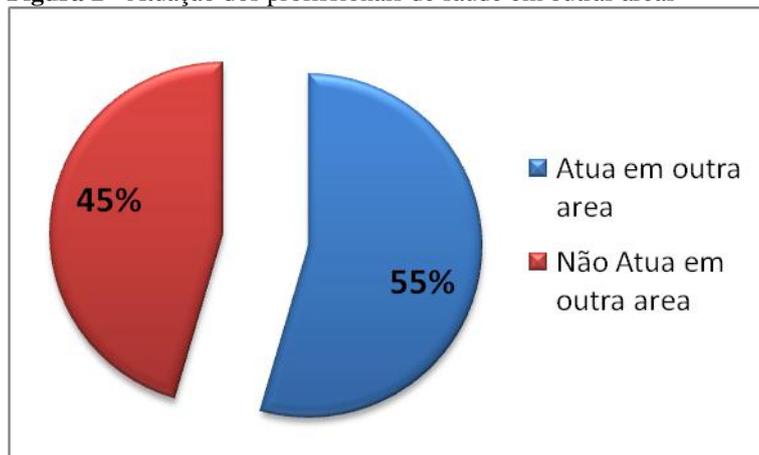
Correlato ao tempo que atuam na atenção primária à saúde 36% dos profissionais trabalhavam de 11 a 20 anos na UBSF (FIGURA 01).

**Figura 1-** Experiência na atuação em UBSF



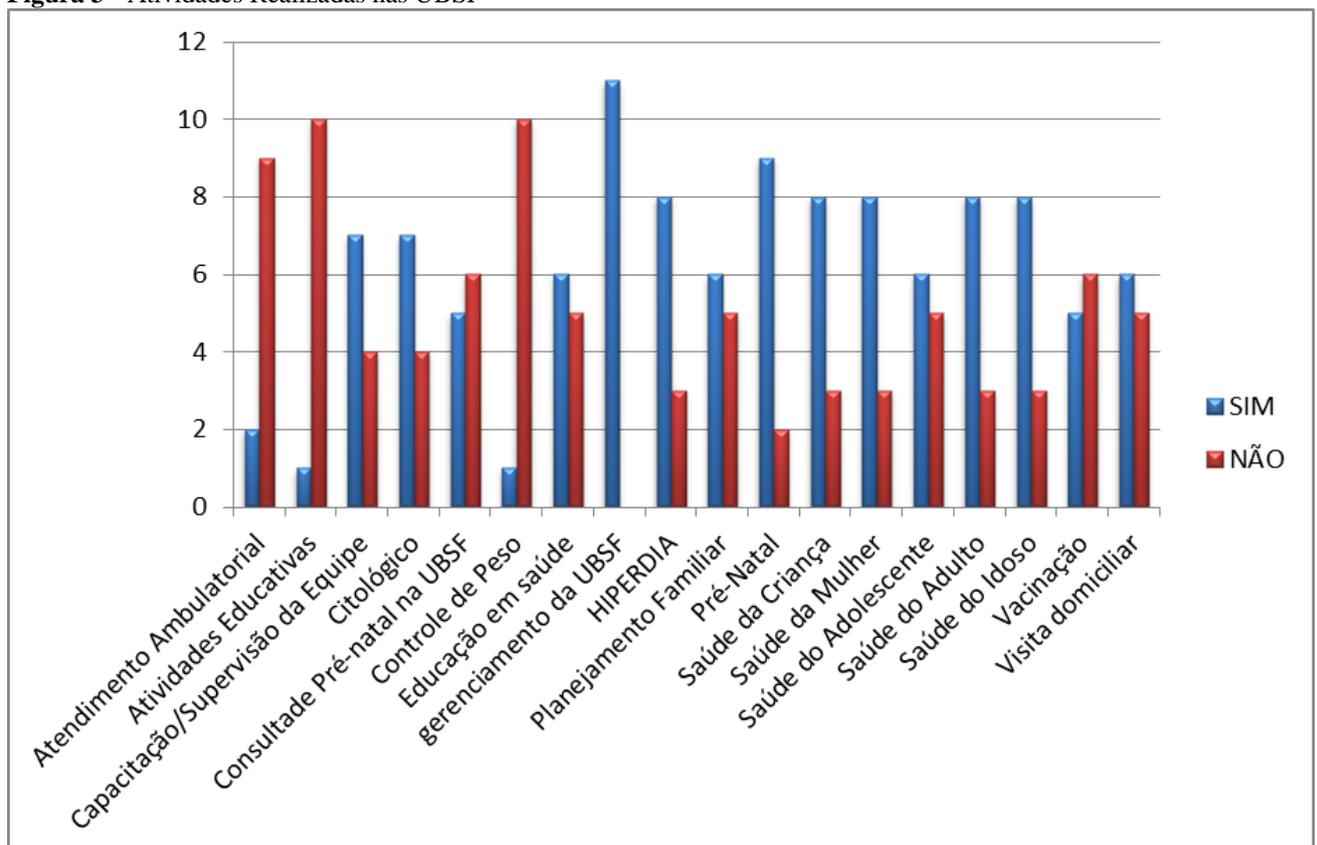
Em estudo realizado por Souza e Freitas (2010) observaram que o tempo de atuação na atenção primária dos enfermeiros variou de 6 meses a 13 anos, e afirmaram que o fato de alguns atuarem há mais tempo em saúde coletiva não trouxe representações mais específicas, mais elaboradas ou diferentes daquelas dos que atuam há menos tempo.

Cerca de 55% da população atuam em outra área além da saúde (FIGURA02).

**Figura 2 - Atuação dos profissionais de saúde em outras áreas**

Angerami, Gomes e Mendes (2000) ao estudarem a permanência dos enfermeiros no trabalho mostraram que 49,02% dos profissionais atuam em áreas, como o comércio, indústria ou até mesmo outras profissões como psicologia dentre outras.

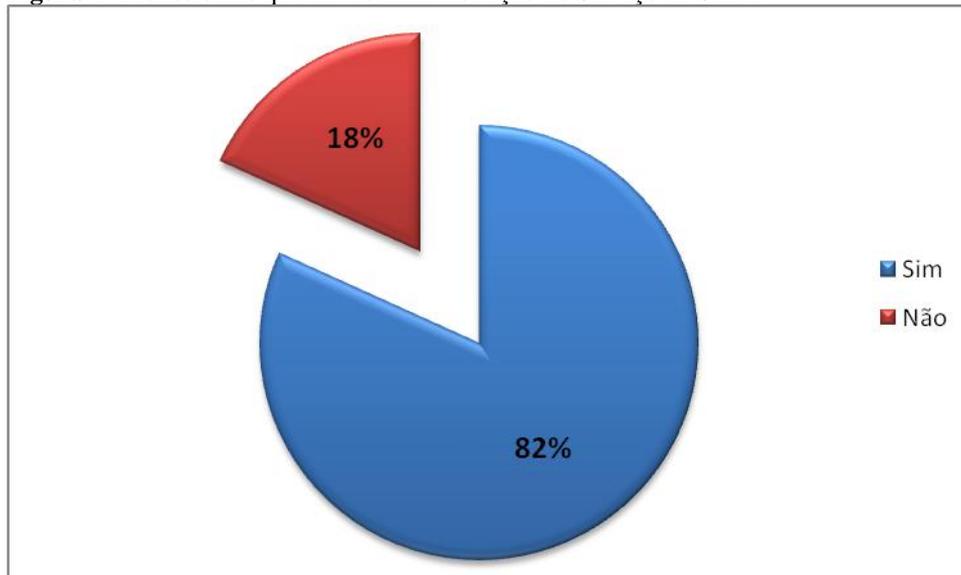
Com relação às atividades desenvolvidas nas UBSF, observa-se uma maior frequência no gerenciamento das UBSF e Atividades Educativas (FIGURA 03).

**Figura 3 - Atividades Realizadas nas UBSF**

Para Nauderer e Lima (2008) os enfermeiros atuam de forma polivalente, tanto desenvolvimento de ações junto aos usuários, como de ações relacionadas à equipe de trabalho. No estudo de Souza et al., (2007) A visita domiciliar foi a atividade mais referida pelos profissionais de enfermagem, com uma frequência de 60%, seguida pela consulta 27,7%, encaminhamentos 21,5% e entrega de medicação 15,4%.

Quando questionados se já tinham recebido instruções, no serviço de saúde, a cerca da detecção e condução dos casos de síndromes hipertensivas 82% responderam SIM (FIGURA 4).

**Figura 4-** Profissionais que Receberam Instrução no Serviço de Saúde

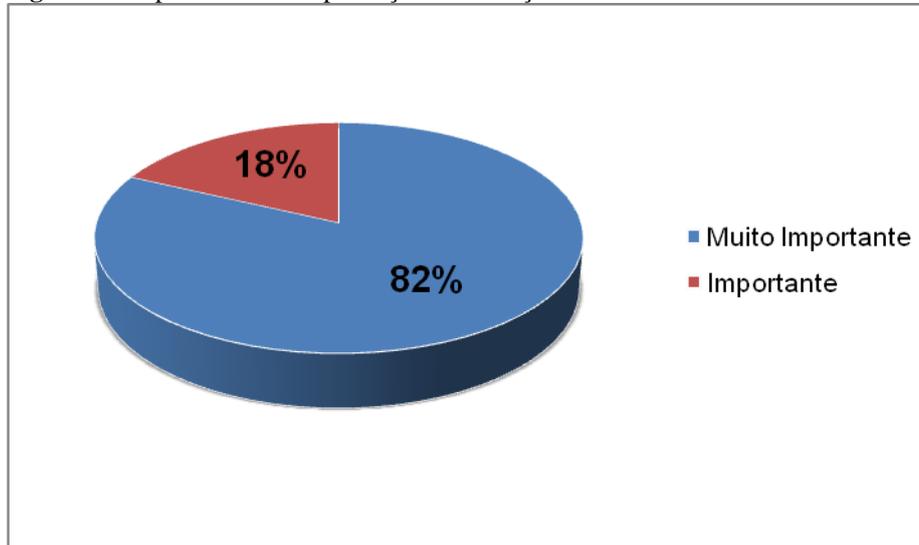


Em estudo de Narchi (2010) sobre a atenção pré-natal por enfermeiros, 71% dos profissionais de enfermagem indicaram apresentar dificuldades para atuarem, dentre as queixas a falta de maior conhecimento, capacitação ou treinamento pessoal ou dos outros enfermeiros para a realização da assistência pré-natal foi uma das mais listadas. Picciniet al., (2007) demonstraram que os trabalhadores do PSF da região Sul revelaram terem realizado capacitação em Saúde da Mulher (60%) e na Saúde da Criança (56%).

A capacitação para a detecção dos casos de síndromes hipertensivas assume um importante papel e deve garantir a compreensão da doença e seus condicionantes. Dessa forma, as instituições devem primar por qualificação das equipes o que requer uma política institucional de capacitação e educação permanente e continuada para todos os níveis da rede de serviços.

Quando abordadas referente à importância desse tipo de treinamento no Serviço de Saúde 82% declararam que esses conhecimentos são muito importante, e 18% apenas importante (FIGURA 5).

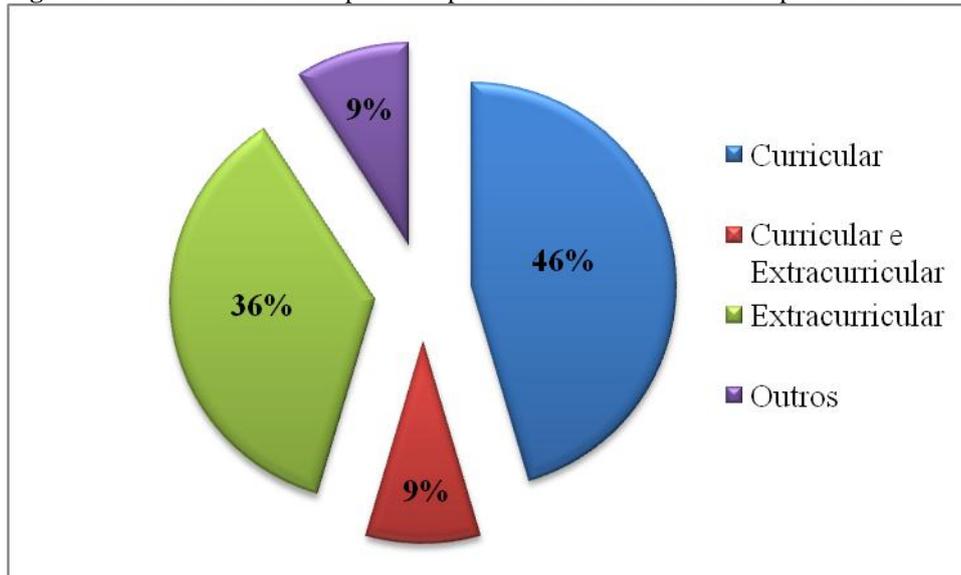
**Figura 5** - Importância da Capacitação no Serviço de Saúde



Para Gryscheket al., (2000) a adequação e organização dos atendimentos nos serviços de Saúde só poderá ser consubstanciada através do incentivo às políticas de Recursos Humanos que valorizem e invistam na qualificação profissional.

Em relação a aulas específicas/palestras toda a população indicou ter assistido durante a graduação/pós-graduação sobre as síndromes hipertensivas. Em relação ao tipo dessas aulas/palestras 45,5% foram de natureza curricular (FIGURA 6).

Atenção a gestante de risco exige dos profissionais conhecimentos teóricos e práticos que envolvem situações de alta complexidade, aspectos esses que não podem ser desconsiderados pelos enfermeiros e, sobretudo, pelos dirigentes das unidades de saúde cujas instituições devem ter a preocupação de admitir e preparar seus enfermeiros para o desempenho de atividades assistenciais com competência e com qualidade.

**Figura 6** - Natureza de aulas específicas/palestras sobre as síndromes hipertensivas

**Fonte:** Elaborada pelo Autor

Para a avaliação do índice de conhecimento dos enfermeiros acerca das síndromes hipertensivas foi levado em consideração às recomendações do MS, segundo o manual técnico sobre gestação de alto risco, o manejo da hipertensão arterial durante a gravidez foi avaliado em adequado ou inadequado. O manejo foi considerado adequado quando todas as recomendações do manual foram seguidas, e inadequados quando constatarem-se falhas do profissional de saúde, problemas da rede de serviços de saúde e/ou problemas relacionados à mulher (VETTORE et al., 2011).

Na análise da tabela 4, observamos que 54,4% dos enfermeiros não responderam corretamente acerca da classificação que condiz com as síndromes hipertensivas.

Ao observamos a classificação por sintomatologia 54,5% responderam corretamente (TABELA 4).

Quanto à resposta apresentada para a consideração do edema como um sinal para diagnóstico das síndromes hipertensivas, todos apresentaram uma resposta incorreta. (TABELA 4).

É necessário muita cautela ao considerar o edema como sintomatologia para o diagnóstico das síndromes hipertensivas. De acordo com o manual técnico do MS para atenção a gestante de alto risco, o edema não pode entrar na classificação em virtude de frequente ocorrência em gestantes, devendo ser realizado um diagnóstico diferencial com base no histórico pessoal da usuária do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

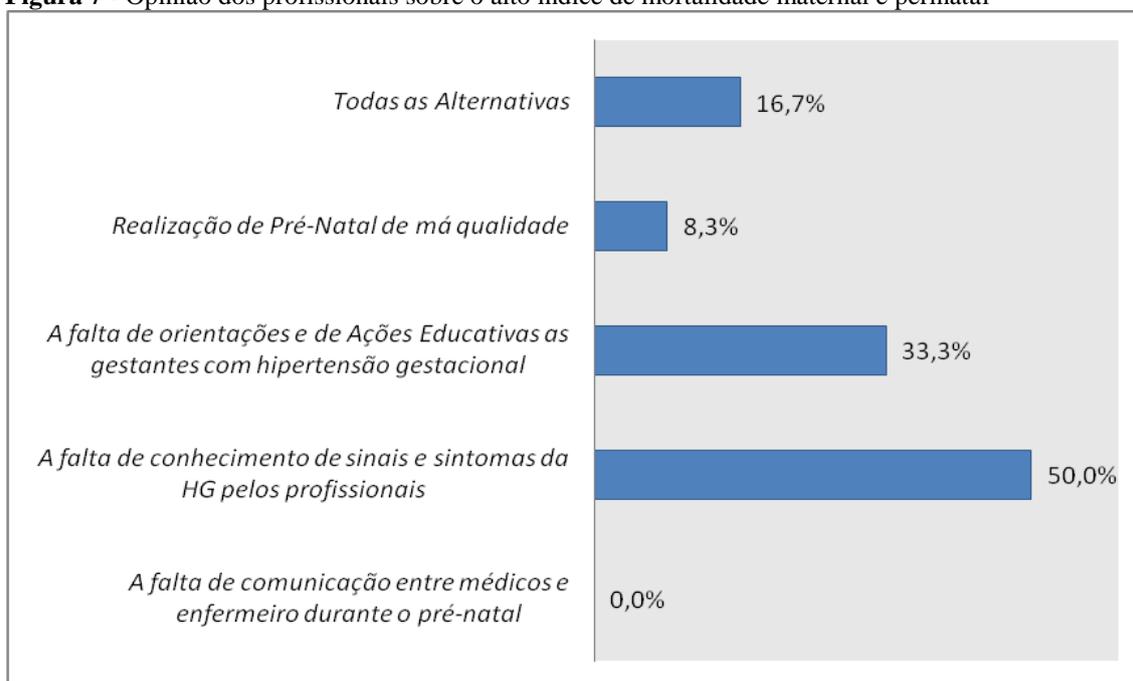
Analisando a questão acerca avaliação da proteinúria 100% responderam de forma correta (TABELA 4).

**Tabela 4** - Distribuição dos Índices de Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Síndromes Hipertensivas

Tópicos Avaliados	Acertos		Erros	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Conhecimentos dos Tipos de Síndromes Hipertensivas	5,0	45,5	6,0	54,5
Classificação por sintomatologia	6,0	54,5	5,0	45,4%
Presença de Edema	0,0	0,0%	11,0	100,0
Avaliação da Proteinúria	11,0	100,0	0,0	0,0%

Desse modo, chama-se a atenção quanto aos resultados mencionados, especialmente no tocante a classificação e sintomatologia das síndromes hipertensivas, visto que todos os pesquisados atuam na saúde da mulher e realizam assistência continuamente as gestantes. Entretanto, poucos parecem atentar para a importância da avaliação criteriosa da sintomatologia, da necessidade de realização de diagnóstico diferencial, sugerindo assim déficit de conhecimento e necessidade urgente de capacitação desses profissionais.

Quanto questionados sobre o alto índice de mortalidade materna e perinatal das gestantes com hipertensão arterial, cerca de 50% consideravam a falta de conhecimento da sintomatologia como fator preponderante (FIGURA 7).

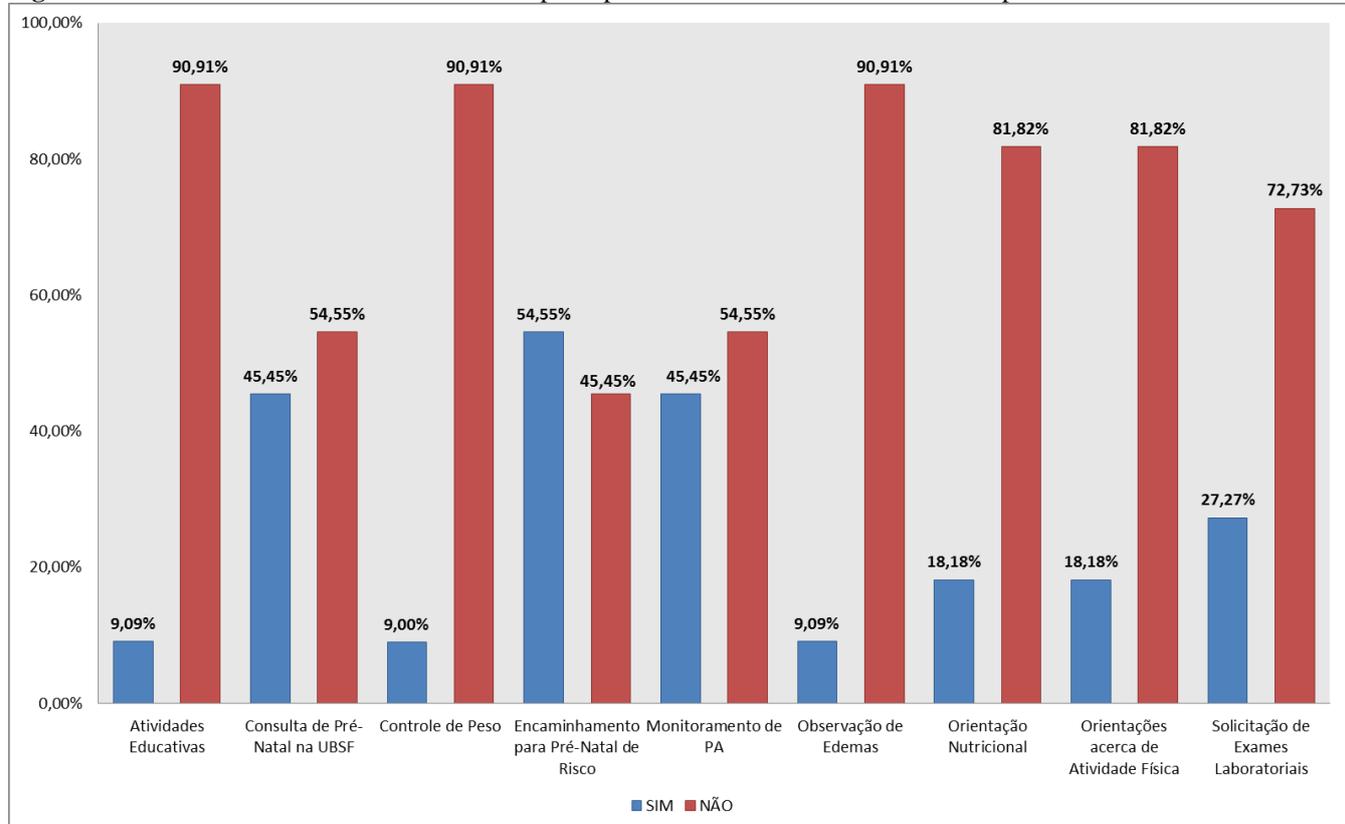
**Figura 7** - Opinião dos profissionais sobre o alto índice de mortalidade maternal e perinatal

Facchiniet al., (2006) destaca que é imprescindível afirmar que a capacitação, a participação em programas educacionais, como cursos, congressos, o desenvolvimento de

protocolos, seja extremamente necessária para a atualização desses profissionais e que a pesquisa seja, de alguma forma, incorporada à prática.

Ao serem questionadas sobre as medidas preventivas que desenvolviam nas UBSF com as gestantes, observa-se que 10,0 (90,91%) dos profissionais não desenvolviam atividades educativas com as gestantes que acompanhavam (FIGURA 8).

**Figura 8** - Atividades Preventivas desenvolvidas pelos profissionais durante as consultas de pré-natal



**Fonte:** Elaborado pelo Autor

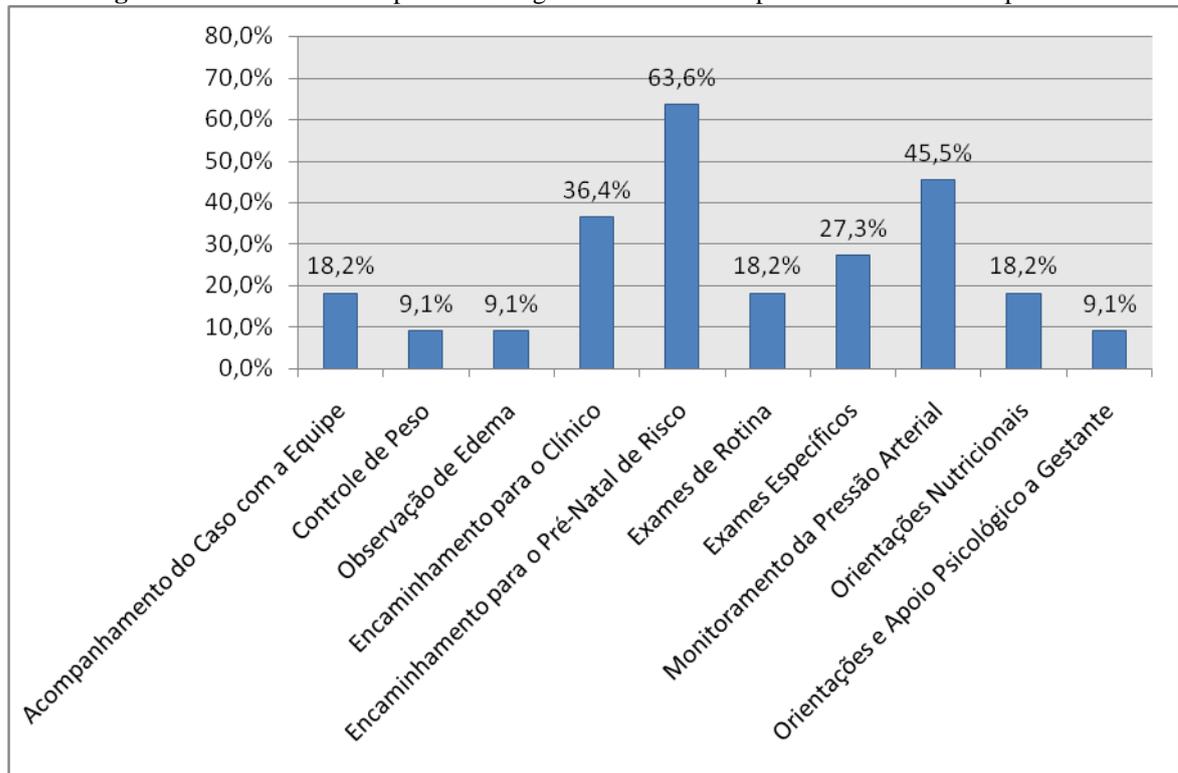
Em trabalho realizado por Cunha, Oliveira e Nery (2007) sobre a opinião das mulheres com pré-eclâmpsia em relação à assistência da enfermagem, as depoentes só conseguiram relatar apenas dois cuidados comuns prestados pela enfermagem, que foram a aferição da pressão arterial e a administração dos medicamentos.

Para Cucolo, Faria e Cesarino (2007) a participação dos enfermeiros como multiplicadores em ações preventivas são imprescindíveis para a promoção da saúde, porém, ainda existe um certo distanciamento dos enfermeiros em relação às práticas educativas, em alguns casos ligados a uma formação precária condizente as práticas pedagógicas.

Ao avaliar as condutas adotadas pelos profissionais em casos de síndromes hipertensivas, não foi constatado o seguimento de protocolo clínico a exemplo do Manual de

Gestação de Alto Risco do MS, 63,6% da população do estudo, preocupava-se apenas em encaminhar para o pré-natal de risco (FIGURA 9).

**Figura 9** - Condutas adotadas pela enfermagem em casos de suspeitas de Síndromes Hipertensiva



**Fonte:** Elaborado pelo Autor

Para Vettore et al., (2011) apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, a mortalidade materna decorrente da hipertensão arterial continua elevada, podendo-se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal, tendo em vista que intervenções adequadas durante o pré-natal colaboram para redução de complicações e das mortes.

Para Luz et al., (2008) a principal razão para se identificar os casos de síndromes hipertensivas é poder intervir a tempo de evitar a evolução para morte, e salvaguardar a saúde materna. Para tal requer um acompanhamento pré-natal adequado, referenciamento oportuno dos casos mais graves para serviços terciários e conhecimento das condutas terapêuticas emergenciais dessas intercorrências.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos de analisar o conhecimento do enfermeiro acerca das Síndromes Hipertensivas durante a gravidez, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

A caracterização da população quanto às características sociodemográficas seguiu os resultados divulgados em outros estudos.

Considerando a problemática das síndromes hipertensivas, torna-se necessário discutí-la no sentido de obter bases para promover uma assistência de enfermagem qualificada e específica, porém, para tal, é necessário que haja um melhor investimento de qualidade na formação e aprimoramento dos profissionais da enfermagem que atuam nos serviços de saúde.

Diante do exposto, percebe-se que as síndromes hipertensivas consistem num grupo de doenças de extrema importância devida a sua elevada morbimortalidade, onde quanto mais precoce for o diagnóstico, em conjunto com uma intervenção correta no momento oportuno, maiores são as possibilidades de se conduzir uma gestação sem complicações maternas e agravos à saúde do conceito. Dessa forma Recomendamos, ainda, futuras investigações que deverão contemplar outras variáveis clínicas e variáveis de cunho epidemiológico.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I.F. Sistematização da assistência a enfermagem a pacientes com síndrome hipertensivas específica da gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010

ALVES, C. et al. O papel do complexo principal de histocompatibilidade na fisiologia da gravidez e na patogênese de complicações obstétricas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 7, n 4, pp.357-363, out/dez, 2007

ANGERAMI, E.L.S.; GOMES, D.L.S.; MENDES, I.J.M.. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, out. 2000

ANGONESI J.; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **RBAC**, v. 39, n 4, pp. 243-245, 2007

ANGULO-TUESTA, A. et al . Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, Out. 2003.

ASSIS, T.R; VIANA, F.P; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, Jul, 2008;

BAHA M; SIBAI, M.D. Chronic hypertension in pregnancy. **Obstetrics&Gynecology**, v. 100, n. 2, Ago, 2002

BENITO, G. A. V.; BECKER, L.C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, June 2007

BORGES, V.T.M. et al . Influência das Alterações Hemodinâmicas Maternas sobre o Desenvolvimento Fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Apr. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Diário Oficial da União 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Técnico. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3 ed. Brasília. 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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

CERNA BARBA, M.; PEREZ DE MARTOS, M.V.E.; FONSECA, R.M.G. O trabalho da enfermeira no Peru: gênese e constituição social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, July 2000

COELHO, T.M et al . Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, Apr. 2004

CORREIA, R.A et al . Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, Feb. 2011

COSTA, G.D et al . Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, suppl.1, pp. 1347-1357, 2009.

CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, Apr. 2010

\_\_\_\_\_; FARIA, J.I.L.; CESARINO, C.B. Avaliação emancipatória de um Programa Educativo do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007

CUNHA, K.J.B.; OLIVEIRA, J.O.; NERY, I.S. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 jun; 11 (2): 254 – 60.

DOTTO, L.M. G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, Oct. 2006

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Apr. 2006

DUSSE, L.M.S; VIEIRA, L.M; CARVALHO, M.G. Revisão sobre alterações hemostática na doença hipertensivas específica da gravidez (DHEG). **Jornal Brasileiro de Patologia**. Rio de Janeiro, vde Janeiro, v. 37, n. 4,2001

FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):669-681, 2006

FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, Dec. 2007

FERRER, R.L. Management of Mild Chronic hypertension during pregnancy: A review. **Obstetrics&Gynecology**, v. 96, n. 2, part. 2, Nov, 2000

FREIRE, C.M.V; TEDOLDI, C.L. 17.Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, Dec. 2009

GANEM, E.M; CASTIGLIA, Y.M.M. Anestesia na Pré-Eclâmpsia. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 52, n. 4, Jul, 2002

GONÇALVES, R. et al . Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008

GRYSCHEK, A.L.F.P.L. et al . Necessidades de qualificação da equipe de enfermagem para a assistência aos clientes portadores do HIV e da Aids.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, Sept. 2000

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Primeiros Resultados do Censo Demográfico 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br), Acesso em: 25 de Março de 2011

KATZ, L. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **RevBrasGinecol Obstet**. Vol, 30, nº 2, pp.80-6, 2008.

KUCZKOWSKI, K.M. "Help" with HELLP syndrome.**Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 125, n. 3, Mai, 2007

LENTZ, R.A et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: Uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 4 - p. 7-14 - agosto 2000

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2003.

LOURENÇO, Maria Regina; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005 .

LUZ, Adriana Gomes et al . Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, June 2008 .

LYKKE, J.A et al. Hypertensive Pregnancy Disorders and Subsequent Cardiovascular Morbidity and Type 2 Diabetes Mellitus in the Mother. **Hypertension**. Vol 53, pp.944-951, 2009;

MELO, E.C.A et al. **O Siab como fonte de informação no planejamento, orientação e controle das atividades do PSF de Esperança – PB**. 2005.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D.M. S.; OLIVEIRA, G. R.. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, Oct. 2006

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M.F.A.S.. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2010.

NAUDERER T.M, LIMA M.A.D.S. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 16, n. 5, set-out, 2008.

NORONHA NETO, C; SOUZA, ASR; AMORIM, MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v 32, n 9, pp459-68, 2010.

NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, Jun 2010

OLIVEIRA, C.A et al . Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, Mar. 2006

OSAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A.. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, Oct. 2006

PERACOLI, J.C; PARPINELLI, M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, Out. 2005

PEREIRA, S.V.M; BACHION, M.M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, Dec. 2005

PICCINI, R. X. et al . Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, Mar. 2007

PRADO, R.S. et al. Deslocamento de Retina na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. **Arq Bras Cardiol**, vol.79, nº 2, pp. 183-4, 2002

PODYMOW, T; AUGUST, P. Updates on the Use of Antihypertensives Drugs in Pregnancy. **Hypertension**. v. 51, pp.960-969, 2008.

POON, CY et al. First-Trimester Prediction of Hypertensive Disorders in Pregnancy. **Hypertension**, v. 53, pp.812-818, 2009;

PORTELA A.S, et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 15, Supl. 3, pp.3523-3528, 2010

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007

RUANO, R.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Sulfato de magnésio (MgSO<sub>4</sub>) no tratamento e prevenção da eclâmpsia: qual esquema adotar?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, Sept. 2004

SANTOS, C. M. R.; CAVALCANTI, A. M. T. S; ARAÚJO, E. C. Perfil do enfermeiro que presta assistência em saúde mental. **RevEnferm UFPE OnLine**, vol. 2, n. 1, p. 78-86, 2008.

SANTOS, EV; MEIRELLES FILHO, J. Plaquetograma em gestantes normais e com pré-eclâmpsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, Abr. 2004

SANTOS, S. R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explícito. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005.

SANTOS, SMR; et al. A Consulta De Enfermagem No Contexto Da Atenção Básica De Saúde, Juiz De Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, pp. 124-30, 2008.

SHIMIZU, H.E. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 62, n. 3, maio-jun, pp. 387-92.2009.

SOARES, V.M.N, et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **RevBrasGinecol Obstet.** V. 31, n. 11, pp. 566-73, 2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol** Vol. 95, 1 supl.1, pp.1-51, 2010;

SOUSA, F.L.P et al. Estudo da morfologia vascular do leito placentário na hipertensão arterial crônica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, Dec. 2008

SOUSA, VD.; DRIESSNACK, M; MENDES, IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, June 2007

SOUZA, J.F et al . A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, Aug. 2007 .

SOUZA, MGG; CRUZ, EMTN; STEFANELLI, MC. Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico. **R enferm UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun, v. 15, n. 2, pp. 190-6, 2007;

SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M.I.F.. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, Aug. 2010

SOUZA, VFF; DUBIELA, A; SERRAO JUNIOR, NF. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclampsia. **Fisioter. mov. (Impr.)**, Curitiba, v. 23, n. 4, Dec. 2010

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, n.4, p. 354-61, dez. 2000

SPINDOLA, T; PENNA, LHG; PROGIANT, JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, Set. 2006

TERENCE ACF; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa ação nos estudos organizacionais. In: ENEGEP, XXVI, 2006, Fortaleza-CE,

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

VINNARS, MT; et al. Severe Preeclampsia With and Without HELLP Differ With Regard to Placental Pathology. **Hypertension**. Vol. 51, pp.1295-1299, 2008.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P.. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

XIMENES NETO, FRG et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, Out. 2008

**APÊNDICES**

APÊNDICE A– QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

**Projeto: O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

**Cód. Instrumento:** \_\_\_\_\_

**Parte 1 - Dados Sócio Demográficos**

**1. Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**1.1 Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Qual a sua cor/etnia?**

( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Asiática ( ) Indígena

**3. Sexo:**

( ) Feminino ( ) Masculino

**4. Qual o seu estado civil?**

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( )

Separado(a) ( ) Viúvo(a)

**Parte 2 - Dados Profissionais**

**5. Graduação:**

Curso: \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Tipo de Instituição: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**6. Pós-Graduação:Residência/Especialização/Mestrado/Doutorado:**

Curso: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Tipo de Instituição: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_ Não se Aplica/Não Fez ( )

**7. Tempo de experiência profissional na Atenção Básica:** \_\_\_\_\_

**8. Atua em outra área?** \_\_\_\_\_

**9. Quais as atividades que desenvolve nesta Unidade:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Para as próximas perguntas, peço que você considere o seguinte tema: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**

**10. Você já recebeu algum tipo de instrução no serviço de saúde sobre como detectar e conduzir esses casos?**

Sim                       Não                      Qual: \_\_\_\_\_

**11. Como você considera a capacitação no serviço sobre esse tema?**

Pouco Importante    Importante                       Muito Importante

**12. Durante a sua formação (acadêmica ou pós-graduação) você teve aula específica/palestra sobre o tema?**

Sim                       Não

**13. Se sim na questão anterior, qual o tipo de curso?**

Curricular    Extra Curricular    Outra: \_\_\_\_\_

**14. Como você considera essa capacitação na formação profissional?**

Pouco importante    Importante                       Muito importante

**Parte 3 – Conhecimento das Síndromes Hipertensivas da Gravidez**

**15. Das classificações abaixo, qual não condiz com as síndromes hipertensivas da gravidez?**

A) Hipertensão arterial crônica transitória.

B) Pré-eclâmpsia.

C) Hipertensão arterial crônica agravada pela gestação (mulher engravida com níveis altos de pressão arterial e o processo da gravidez amplia os níveis pressóricos).

D) Síndrome HELLP.

E) Eclâmpsia.

**16. A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Como se dá a classificação:**

- A) A pré-eclâmpsia é considerada leve quando apresenta sintomas como pressão arterial diastólica igual/maior que 90 mmHg;
- B) A pré-eclâmpsia é considerada grave quando apresenta um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica igual/maior que 90 mmHg; Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária;
- C) A pré-eclâmpsia é considerada grave quando apresenta um ou mais dos seguintes critérios: Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg; Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária; plaquetopenia ( $<100.000/mm^3$ ); Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas.

**17. O Edema pode ser considerado um sinal e sintoma para diagnóstico das Síndromes Hipertensivas?**

- A) Sim
- B) Não

**18. Qual dos exames laboratoriais listados abaixo solicitado normalmente para investigar suspeita de pré-eclâmpsia?**

- A) Sumário de urina;
- B) Parasitológico de fezes;
- C) Proteinúria.

**19. A que você atribui o alto índice de mortalidade materna e perinatal das gestantes com hipertensão?**

- A) A falta de comunicação entre médico e enfermeiro durante o pré-natal;
- B) A falta de conhecimento dos sinais e sintomas da hipertensão gestacional por parte dos profissionais;
- C) A falta de orientações e de ações educativas as gestantes com hipertensão gestacional.

**20. Que medidas são tomadas por você no acompanhamento pré-natal na prevenção das síndromes hipertensivas durante a gravidez?**

---

---

---

**21. Que conduta é utilizada por você ao evidenciar sinais e sintomas das síndromes hipertensivas durante a gestação.**

---

---

---

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL  
(TCPR)

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM  
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

**Pesquisa:**O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB ACERCA DAS SINDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

Eu, **ROBERTA LIMA GONÇALVES**, docente do departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: N° 1927693 – SSP/PB, CPF: N° 024921034-71, residente na Rua Professora Maria José Lira, n° 300; Bairro Catolé; Cidade Campina Grande, responsável pelo Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda Ana Clara de Oliveira Alexandre, do curso de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados para a pesquisa cujo título é **“O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB ACERCA DAS SINDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ”**. Assim como manter sob sigilo a identificação dos sujeitos, cujas informações terei acesso. Respeitando todos os preceitos éticos e legais exigidos pela resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Roberta Lima Gonçalves

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho O conhecimento dos enfermeiros da Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Esperança - PB acerca das síndromes hipertensivas da gravidez terá como objetivo geral, avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros das UBSF do município de Esperança – PB acerca das síndromes hipertensivas da gravidez

Ao voluntário só caberá a autorização para preenchimento de um questionário com questões sociodemográficas e questões fechadas relativas ao tema, não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083)8884 8290** falar com **Ana Clara**
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo

discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

**Assinatura do Participante**

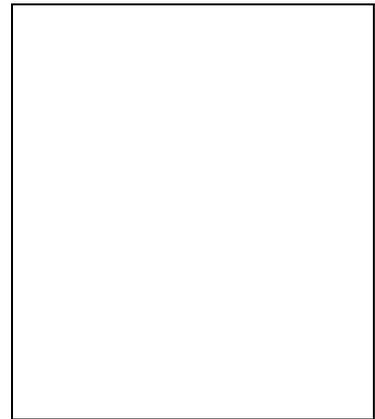
---

---

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

---

**Assinatura  
Dactiloscópica  
Participante da pesquisa**



**ANEXOS**

## ANEXO A- COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Andamento do Projeto

[http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato\\_proje...](http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_proje...)

Andamento do projeto - CAAE - 0111.0.133.000-11				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b> O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA-PB ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	13/04/2011 08:12:20	04/05/2011 14:12:06		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	09/04/2011 14:22:55	Folha de Rosto	FR417435	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	13/04/2011 08:12:20	Folha de Rosto	0111.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	04/05/2011 14:12:06	Folha de Rosto	0111.0.133.000-11	CEP

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

  
Prof.ª Dra. Doralcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa