



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Gonçalves, Roselane; Quintella Fernandes, Rosa Aurea; Henriques Sobral, Danielle
Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 1, enero-febrero, 2005, pp. 61-64

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019630011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo

Prevalence of Specific Hypertension Disease in Pregnancy in a public hospital of the city of São Paulo

Prevalencia de la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación en hospital público de São Paulo

Roselane Gonçalves

Enfermeira Obstetra, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Mogi das Cruzes.
lanegoncalves@uol.com.br

Rosa Aurea Quintella Fernandes

Obstetriz, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Mogi das Cruzes, Professora Titular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos.
fernands@uol.com.br

Danielle Henriques Sobral

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Mogi das Cruzes.

RESUMO

Pesquisa descritiva-exploratória, realizada de janeiro a julho de 2002, com o objetivo de conhecer a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e suas complicações. Foram analisados retrospectivamente 604 prontuários de mulheres internadas e identificados 22, nos quais o diagnóstico médico foi DHEG, ou seja, 3,64% mulheres tiveram esse diagnóstico. Delas 45,45% eram adolescentes e 40,90% primigestas. Em 86,36% a patologia ocorreu após a 20^a semana de gestação. Como complicações identificou-se a eclâmpsia, a crise hipertensiva, o óbito fetal intrauterino, o óbito neonatal, o sofrimento fetal crônico e a prematuridade. Conclui-se que a assistência à saúde perinatal prestada às gestantes da região deve ser revista, sobretudo, a das adolescentes com vistas em melhores indicadores de saúde perinatal.

Descritores: Eclâmpsia; Pré-eclâmpsia; Saúde da mulher; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study carried out from January to July 2002 with the purpose to know the prevalence of Specific Hypertension Disease in pregnancy (SHD) and its disorders. A total of 604 records of hospitalized women were retrospectively analyzed and 22 were diagnosed with SHD, that is, 3.64% of women presented this diagnosis. Of those, 45.45% were adolescents and 40.90% first pregnancy. In 86.36% the pathology occurred after the 20th week of gestation. Eclampsia, hypertension crisis, intrauterine fetal death, neonatal death, chronic fetal suffering and prematurity are one of the observed disorders during pregnancy. It was concluded that perinatal health assistance given to pregnant women in this region must be reviewed specially for the adolescents aiming at better perinatal health indexes.

Descriptors: Eclampsia; Pre-eclampsia; Women's health; Obstetric nursing.

RESUMEN

Pesquisa descriptiva-exploratoria realizada de enero a julio de 2002, con el objetivo de conocer la prevalencia de la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación (EHEG) y sus complicaciones. Fueron analizados retrospectivamente 604 prontuarios de mujeres internadas e identificados 22 de los cuales el diagnóstico médico fue la EHEG, o sea, 3,64% mujeres tuvieron este diagnóstico. Entre estas, 45,45% eran adolescentes y 40,90% eran primigestas. En 86,36% la patología ocurrió después de la 20 semana de gestación. Como complicaciones se identificó la eclampsia, la crisis hipertensiva, el óbito fetal intrauterino, el óbito neonatal, el sufrimiento fetal crónico y la prematuridad. Concluyese que la asistencia a la salud prenatal prestada a las mujeres embarazadas de la región debe ser revisada, sobre todo las adolescentes, con vistas para obtener mejores indicadores de salud perinatal.

Descriptores: Eclampsia; Preclampsia; Salud de las mujeres; Enfermería Obstétrica.

Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enferm 2005 jan-fev; 58(1):61-4.

1. INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar entre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal⁽¹⁻⁶⁾.

A DHEG, também denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. É uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variáveis. Os autores enfatizam a atenção especial que se deve ter ao ganho de peso da gestante, quando este se apresentar maior do que o esperado⁽²⁾.

A Hipertensão Arterial, em gestantes, é definida pela presença de pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg e para ser constatada, devem ser realizadas duas aferições com um intervalo de 4 horas, a paciente deve estar sentada, evitando assim a compressão da veia cava pelo útero grávido^(1,2).

de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110mmHg em uma única medida caracteriza a hipertensão arterial⁽³⁾.

Na gestação, o critério do aumento da pressão arterial é fundamental, pois são freqüentes casos de gestantes cujos níveis tensionais pré-gravídicos são normalmente baixos, (80/50mmHg) e durante a gestação apresentam o aumento dos níveis tensionais para 115/70mmHg, após a 20^a semana, tal incremento deve ser considerado como um sinal da doença. Ou seja, se a partir da 20^a semana a gestante apresentar um acréscimo de 30mmHg na pressão sistólica e/ou 15mmHg na diastólica, considera-se que esta mulher possui a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)^(3,5,7,9).

É importante salientar que a hipertensão arterial pode ser uma entidade pré-existente, ou seja, ao invés de ser induzida pela gravidez pode ser: coincidente: hipertensão arterial que antecede a gravidez e persiste após o parto; agravada pela gravidez: hipertensão prévia e/ou sub-clínica que se agrava com a gravidez; ou ainda, transitória: hipertensão que se desenvolve após a primeira metade da gestação e caracteriza-se por elevação leve da pressão arterial, sem prejuízo para a gravidez. Essa forma de hipertensão arterial regredie após o parto, mas retorna em gestações subsequentes. Outro quadro de maior gravidade denomina-se *eclâmpsia* e caracteriza-se pela ocorrência de convulsões e/ou coma, não relacionados a outros distúrbios cerebrais, podendo ocorrer durante o ciclo gestacional, parto e puerpério⁽³⁾.

O edema, um dos sinais da tríade da DHEG, embora muito comum na gestação, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado a proteinúria e hipertensão arterial. Quanto a proteinúria, os autores consideram sua ocorrência quando há uma excreção superior a 300mg/litro em 24 horas, ou pela presença de 1g ou mais por litro em uma amostra de urina de 6 horas^(2,5,10).

Segundo esses autores, a incidência da DHEG é apresentada, como sendo merecedora de maiores investigações, tendo em vista a multiplicidade de fatores que podem predispor a mulher gestante a desenvolver a doença. Entre eles destacam-se: paridade; gemelaridade; nível sócio-econômico, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde; estado nutricional; entre outros^(2,5,10).

Durante o estágio curricular da disciplina enfermagem obstétrica, realizado em hospital pública da Grande São Paulo, observou-se um número considerável de gestantes internadas, na unidade de patologia obstétrica, com diagnóstico de DHEG.

Entre elas, estavam gestantes adolescentes que deveriam ter sido acompanhadas e orientadas no pré-natal, de modo a desenvolver uma gestação sem riscos. Provavelmente essas mulheres, de baixa renda e com todas as dificuldades inerentes à sua condição social, não tiveram acesso precoce ao serviço de acompanhamento pré-natal, que deveria lhes garantir atenção adequada.

A importância desta entidade clínica e o risco obstétrico e neonatal que representa para o binômio mãe-filho motivou a realização do presente estudo, que teve como objetivos: conhecer a prevalência e as complicações da DHEG em mulheres internadas, em um hospital da Grande São Paulo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória e retrospectiva realizada numa instituição hospitalar pública, situada na Zona Leste da Grande São Paulo, referência para o atendimento dos casos de patologia obstétrica diagnosticados tanto no pronto atendimento do serviço, quanto nas Unidades Básicas de Saúde que compõem sua área de abrangência.

A população foi constituída por todos os prontuários de mulheres internadas na Unidade de Patologia Obstétrica, durante o período de janeiro a julho de 2002. Fizeram parte da amostra os prontuários das mulheres cujo diagnóstico foi definido como DHEG.

Para a coleta dos dados foi criado um instrumento, composto de quatro partes, a primeira parte referiu-se aos dados de identificação, onde foram registradas as informações sobre o perfil sócio-econômico das mulheres, a segunda parte tratou da história clínica da DHEG,

família das mesmas; a terceira abordou a assistência pré-natal recebida pela gestante e a quarta e última parte, contemplou os dados referentes a internação na unidade de patologia obstétrica .

Atendendo ao estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto da pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade de Mogi das Cruzes, assim como à Comissão de Ética da instituição hospitalar onde os dados da pesquisa foram coletados.

A partir do aval das instituições envolvidas, iniciou- se a coleta de dados que foi realizada por meio de revisão retrospectiva dos 604 prontuários das pacientes internadas, de janeiro a julho de 2002.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Das 604 pacientes internações na Unidade de Patologia Obstétrica da instituição, 22 (3,64%) tiveram como diagnóstico médico a *Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)*, portanto, a amostra foi constituída por 22 prontuários.

Identificou-se que na aferição da pressão arterial, no momento da internação, 04 (18,18%) das mulheres apresentavam 140/90mmHg de nível pressórico; 05 (22,72%) 150/100mmHg; 07 (31,81%) 160/90mmHg; 03 (13,63%) 170/110mmHg e 03 (13,63%) 180/110mmHg. Esta constatação demonstra que os níveis pressóricos considerados indicativos da DHEG foram coincidentes com os apontados pela literatura^(2,3,11) embora, não se tenha tido acesso à informação sobre os níveis pressóricos, dessas mulheres, no início da gestação.

Quanto à procedência, observamos que 100% das gestantes do estudo eram da área de abrangência da Instituição pesquisada, conforme o previsto no sistema de referência da região.

No que se refere à faixa etária, a maior incidência de hipertensão recaiu em gestantes entre os 15 e 19 anos (45,45%), dado que coincide com os apresentados por outros autores e que determina preocupação ímpar no que se refere ao impacto da doença sobre a saúde da mulher adolescente^(11,13). As demais gestantes encontravam-se quanto à idade, assim distribuídas: 03 (13,63%) entre 20 e 24 anos; 03 (13,63%) entre 25 e 29 anos; 04 (18,18%) entre 35 e 39 anos; 01 (4,54%) entre 40 e 44 anos, sendo que em um caso (4,54%) não havia registro da idade no prontuário.

Salientamos que a ausência de registros de dados fundamentais para a caracterização da população estudada foi uma constante observada durante toda a coleta de dados.

Os dados obtidos quanto à ocupação/profissão demonstraram que 05 (22,72%) não tinham profissão definida e 17 (77,27%) trabalhavam como doméstica. Esta informação nos remete à idéia de que a renda familiar satisfatória possibilita ao indivíduo elevar seu padrão de vida. No entanto, na população estudada, muito provavelmente a renda mensal obtida, pela atividade profissional que exerce, a coloca num nível sócio-econômico desfavorecido o que pode determinar piores condições de moradia; maiores dificuldades de deslocamento até o serviço de saúde; incompatibilidade dos seus horários com os estabelecidos como rotina pelas unidades de saúde. Por outro lado, a ocupação de doméstica, muitas vezes, não permite horários de trabalho compatíveis com o planejamento de consultas. Estudo anterior demonstrou, que mulheres com melhores condições socioeconómicas continuam sendo as que mais procuram pela assistência pré-natal e as de menor renda estão sujeitas, na maioria das vezes, à atenção pré-natal de menor qualidade, agravando a sua condição de vulnerabilidade. Soma-se a isto o fato de que as pessoas mais necessitadas são exatamente as que iniciam o pré-natal mais tarde, tem menor número de consultas, e recebem menor atenção em procedimentos prioritários durante a gestação⁽¹²⁾.

Quanto ao grau de escolaridade*, 08 (36,36%) das mulheres não completaram o primeiro ciclo do ensino fundamental; 10 (45,45%) o haviam completado e 04 (18,18%) tinham o segundo ciclo do ensino médio incompleto. Estes dados nos reportam à pesquisa anterior que revelou ser a baixa escolaridade, um fator que dificulta o acesso das

negativamente nas condições para o autocuidado, pois implica tanto na facilidade em buscar quanto em assimilar as informações recebidas sobre os cuidados com a saúde⁽¹³⁾.

Neste item destaca-se as correlações feitas entre o número de anos de escolarização da gestante e a taxa de mortalidade perinatal, peso do Rn ao nascer e taxa de anomalias neurológicas de crianças de até um ano de idade. Neste estudo, os autores afirmam que com a elevação do grau de instrução materna reduzem-se significativamente as taxas de morbimortalidade perinatal e que parece que esta associação não se deve à redução dos problemas gestacionais devido à educação, mas porque a instrução é um bom indicador das condições sócio-econômicas.⁽¹²⁾

Vale salientar que os achados sobre a escolaridade e a ocupação/profissão remetem à ideia de que os fatores sócio-econômicos e culturais interferem na saúde dos indivíduos por que podem determinar, desde possibilidades diferenciadas de acesso aos equipamentos de saúde, até a iniciativa do próprio indivíduo para buscar o cuidado, já que, uma vez atendidas as necessidades primárias de sobrevivência a pessoa tende a buscar outros patamares de satisfação das necessidades.⁽¹⁴⁾

Ainda no que diz respeito ao perfil sócio-econômico outras pesquisas demonstraram que não existem estudos de base populacional em diferentes países que confirmem a diferença na incidência de DHEG segundo o nível sócio-econômico.⁽³⁾

Quanto a naturalidade, entre as gestantes pesquisadas, 4 (18,18%) eram da região nordeste, 02 (9,09%) eram do norte, 15 (65,18%) eram do sudeste e 01 (4,54%) eram do sul. Na literatura encontramos que a relação entre a naturalidade e a DHEG é imprecisa pois a distribuição geográfica, o clima e a nutrição se entrelaçam, sendo difícil precisar o fator de maior importância. A distribuição da DHEG, em função da distribuição geográfica, dependeria das condições nutricionais, dadas a relação do的习惯 alimentar com a doença⁽¹²⁾. No entanto, outros autores comentam que quando se relaciona área geográfica e etnia diversos fatores devem ser discutidos, como por exemplo os genéticos; a doença hipertensiva crônica, manifesta ou sub-clínica; fatores sócio-econômicos e qualidade de assistência médica, já que os mesmos podem atuar como variáveis para explicar a diferença na incidência da DHEG bem como da sua forma mais grave, a eclampsia, em distintas áreas geográficas⁽³⁾.

Ainda dentro desta perspectiva, com referência a raça, houve prevalência da branca onde 12 (54,54%) das gestantes eram de cor branca; 09 (40,90%) não pertenciam a raça branca, em um caso (4,54%) não havia informação no prontuário. Estudo realizado no Paraná, sobre a mortalidade materna entre mulheres negras, demonstrou-se que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres das raças amarela e preta⁽¹⁵⁾.

Entretanto, outro estudo afirma que o fator racial deixou de ser importante porque, ao mesmo tempo em que há relatos de que a DHEG é mais incidente na raça não-branca, em outros a afirmação é a de que isto ocorre nos indivíduos de cor branca⁽¹⁾.

De qualquer forma, é importante ressaltar a necessidade de estudos epidemiológicos de incidência e prevalência, que considerem fatores geográficos, raciais e étnicos para melhor compreensão da manifestação da doença⁽²⁾.

Quanto ao estado civil 19 gestantes (86,36%) eram casadas, 02 (9,09%) eram solteiras e em um prontuário (4,54%) não havia registro deste dado. Estudos anteriores sugerem existir relação entre o status marital da mulher com a forma como ela cuida da sua saúde durante a gestação. Os autores comentam que as complicações da gestação são mais freqüentes entre as solteiras⁽¹²⁾.

Embora no presente estudo o número de gestantes casadas tenha sido maior sabe-se que o fato da mulher encontrar-se casada não significa que dispõe do apoio familiar. No entanto, este último requisito é considerado imprescindível para a boa evolução da gestação já que, segundo alguns autores, o esperado é que quando a mulher engravidá toda a família se prepare para as mudanças e, neste período, o apoio e a ajuda da família são fundamentais para a boa evolução da gestação.

com os problemas advindos com a gestação⁽¹²⁾.

No item paridade constatou-se que 09 (40,90%) eram primigestas; 05 (22,72%) secundigesta; 03 (13,63%) tercigesta e 05 (22,72%) eram multíparas. Este achado coincide com outras pesquisas que evidenciaram que a maior incidência da DHEG se dá entre as primigestas. Em um destes estudos os autores enfatizam que primigestas têm seis a oito vezes mais susceptibilidade de apresentar a DHEG e as complicações dela decorrentes^(3,10,11,16).

Quanto à idade gestacional, estudos apontam que a DHEG é mais incidente a partir do final do segundo trimestre (após a 20ª. semana). Nesta pesquisa 19 mulheres (86,36%) estavam nesta fase da gestação quando manifestaram a doença, confirmando assim os achados da literatura^(3,10-12). Dentre as demais gestantes 01 (4,54%) encontrava-se entre a 13ª - 24ª semanas e em dois casos (9,09%) esta informação não constava no prontuário.

Com relação à história familiar de DHEG das pacientes cujos prontuários foram analisados, não havia registros acentuados nos prontuários, ocorrência esta bastante preocupante para a análise do perfil epidemiológico da doença uma vez que é conhecido que, a incidência desta entidade clínico-obstétrica é cerca de quatro vezes maior em filhas de mães que já tiveram a doença, comparadas à população em geral^(3,4,10,16,17).

Em relação a data do último parto, 06 (27,27%) das mulheres tiveram filhos nos últimos 5 anos, 04 (18,18%) nos últimos 10 anos e 03 (13,63%) das mulheres pariram nos últimos 15 anos. Quanto aos tipos de partos de gestações anteriores, 08 (36,36%) das mulheres tiveram parto normal e 05 (22,72%) tiveram parto cesárea. Dos 13 prontuários investigados, das mulheres que já pariram, todas possuíam filhos vivos.

Importante salientar que dentre as gestantes estudadas, 6 (27,27%) tiveram complicações em gestações anteriores. Dentre estas 5 (83,33%) relataram ter desenvolvido a DHEG; em 2 (9,08%) ocorreu Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e Trabalho de Parto Prematuro (TPP). Em alguns casos houve mais de uma complicação gerando sobreposição dos dados. Dentre as complicações levantadas, destaca-se o DPP por sua associação com a DHEG, pela relação que mantém com os altos índices de morbimortalidade perinatal e por sua prevalência em outros estudos^(3,4,11,12).

Em relação às complicações ocorridas na gestação atual, identificou-se que dentre as 22 mulheres do estudo, 12 (54,54%) tiveram complicações durante a internação, sendo: que 01 (4,54%) desenvolveu eclâmpsia, 03 (13,63%) crise hipertensiva, 06 (27,27%) óbito fetal intrauterino, 01 (4,54%) óbito neonatal, 03 (13,63%) prematuridade, 01 (4,54%) sofrimento fetal crônico. Foram consideradas mais de uma ocorrência para cada caso.

Diante do exposto, faz-se procedente a discussão das repercussões dos resultados de uma gestação de alto risco para a mulher e para o conceito, para a família e para a sociedade, por esta razão, apresenta-se os dados que se referem à assistência pré-natal: 14 gestantes (63,63%) estavam vinculadas ao programa de assistência pré-natal, embora não houvesse registros sobre o número de consultas realizadas até o momento da internação. Em 8 casos (36,36%) não foi encontrada qualquer anotação no prontuário da gestante sobre a realização ou não do pré-natal.

Estes achados permitem afirmar que, embora a gravidez seja um evento biológico normal para a maioria das mulheres, a assistência pré-natal de qualidade é imprescindível para a saúde materno-infantil. Vale lembrar que, ocasionalmente, pode ocorrer uma situação de alto risco e esta condição coloca sob ameaça a saúde da gestante e/ou a do feto, sem considerar a possibilidade de detectar distúrbios que possam interferir com o desenvolvimento fetal normal, o nascimento do bebê ou a transição para a maternidade. Esta situação de alerta, é identificada já na primeira consulta do pré-natal^(4,10).

Ressalta-se a importância de se identificar a condição de risco na gestação, uma vez que a incidência de eclâmpsia uma das ocorrências mais graves da DHEG, é maior nas gestantes que não fizeram pré-natal, o que pode levar a complicações graves.

qualidade da assistência. Os autores chamam a atenção para o fato de que a eclâmpsia é uma patologia evitável, porém, como afeta mulheres de categorias sócio-econômicas mais baixas, sua ocorrência é altamente influenciada pelo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento^(4,12).

Os autores citam ainda que, a discussão sobre a assistência pré-natal remete diretamente à problemática da mortalidade materna, e salientam que nos países em desenvolvimento a mesma está relacionada às precárias condições de vida da população, à deficiência do funcionamento do setor de saúde, à dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde e à assistência precária prestada, determinando taxas elevadas de mortalidade⁽¹²⁾.

Nota-se que no que se refere à morte materna, no Brasil, as síndromes hipertensivas constituem a sua primeira causa. Ela, juntamente com as hemorragias, complicações do aborto e as infecções puerperais são responsáveis por 75% das mortes maternas em nosso país. Estas ocorrências são classificadas como mortes por causas obstétricas diretas⁽¹⁵⁾.

As causas obstétricas diretas são evitáveis, pois dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Estudo realizado na França mostrou que 66% dos óbitos ocorridos eram evitáveis, sendo que 54,1% foram devido à inadequação da assistência, 10,8% à negligência da paciente e 2,7% à assistência de pouca qualidade⁽¹⁸⁾.

Segundo estudo que analisou a evitabilidade das mortes maternas e a qualidade da assistência pré-natal na Holanda e Reino Unido, os problemas assistenciais ocorrem principalmente nas causas hipertensivas e nas hemorrágicas, sendo constatado que a inexperiência do médico em cuidar da doença, bem como a demora em admitir a gravidade do caso são fatores que levam ao óbito⁽¹⁸⁾.

Finalmente, no que se refere ao resultado da internação, 10 gestantes (45,45%) tiveram alta hospitalar; 08 (36,36%) tiveram parto normal e 04 (18,18%) tiveram parto cesárea.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo permitiram apreciar a assistência

à saúde perinatal prestada às gestantes da área de abrangência da pesquisa e inferir que, dada a magnitude do problema que a DHEG representa, muito há para ser feito na área da promoção da saúde materno-infantil. A implementação dos programas de saúde, em particular os que tratam da saúde do adolescente, devem ser priorizados tendo em vista a importância da doença em mulheres desta faixa etária.

Acredita-se que a organização da assistência materno-infantil deva contemplar a participação da enfermeira na prestação de cuidados diretos à gestante, seja no nível primário seja em qualquer outro nível de complexidade, como é o caso da unidade de patologia obstétrica. No nível primário, enfatiza-se a realização do pré-natal de baixo risco e a identificação de situações de agravos à saúde que pode e deve ser realizada por enfermeiras obstétricas. No nível secundário salienta-se o papel deste profissional, na realização de planos de cuidados visando o controle da evolução do quadro clínico das diversas patologias obstétricas, dentre as quais se inclui a DHEG.

Neste contexto, destaca-se o importante papel da sistematização da assistência de enfermagem uma vez que a documentação utilizada na consecução do processo de enfermagem, garantiria a identificação da clientela possibilitando desta forma desenhar o perfil epidemiológico da população assistida, ao mesmo tempo em que possibilitaria a elaboração do plano assistencial para cada caso especificamente.

Por outro lado, cientes de que a assistência pré-natal de qualidade é imprescindível para a melhora dos indicadores de saúde perinatal enfatiza-se a necessidade da determinação precisa do perfil epidemiológico das gestantes, atendidas nos diversos serviços de saúde.

Os resultados encontrados apontam para o preenchimento precário e insuficiente de diversos dados do prontuário, o que dificulta a realização da avaliação da qualidade da assistência prestada, a identificação dos indicadores de saúde, do perfil epidemiológico e a realização de pesquisas, instrumentos valiosos na melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, em especial no que diz respeito à saúde materno-infantil, com vistas à obtenção de melhores indicadores de saúde perinatal.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira S.M.J.V. Medida da pressão arterial na gestante. Rev Bras Hipertensão 1997 jan-mar;7 (1):59-63.
2. Cunha SP, Costa FS, Duarte G. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: Guariento A, Mamed JAV. Medicina materno-infantil. São Paulo (SP): Atheneu; 2001. p. 713-20.
3. Neme B, Parpinelli MA. Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo (SP): Sarvier; 2000. p. 282-321.
4. Knuppel RA, Drukker JE. Hipertensão gravídica. In: Knuppel RA; Drukker JE. Alto risco em Obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. p. 384-423.
5. Oliveira, SMJV, Riesco MLG. Estudo da pressão arterial na gestante, em função do peso corporal. J Bras Ginecol 1999 jan-fev;109(1/2):25-33.
6. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Atenção pré-natal e o parto de baixo risco. Montevidéu (UR): CLAP; 1996.
7. Oliveira SMJV. Estudo comparativo da medida da pressão em gestantes, com manguito de largura correta e com manguito de largura padrão. Rev Esc Enf USP 1996 abril;30(1):167-9.
8. Oliveira SMJV. Influência da largura do manguito na medida da pressão arterial no ciclo grávido puerperal [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem - USP; 1997.
9. Guariento A, Mamed JAV. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: Guariento A. Medicina materno-infantil. São Paulo (SP): Atheneu; 2001. p. 425-9.
10. Branden OS. Pré-natal da gestante de alto risco. In: Branden OS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000. p. 73-146.
11. Neme B, Zugaib M. Toxemias tardias da prenhez – pré-eclâmpsia – eclâmpsia. In: Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1988. p. 452-76.
12. Halpern R, et al. Atenção pré-natal em Pelotas. Rio Grande do Sul (RS) Brasil, 1992. Cad Saúde Pública 1998 julho-set;(149):487-92.
13. Fernandes RAQ. Estudo da morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. Rev Paul Enf 2001 maio-agosto;20(2):57-67.
14. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1979.
15. Martins AL. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998 [dissertação]. Ponta Grossa (PR): Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa ; 2000.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de Alto Risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
17. Melson KA, et al. Hipertensão induzida pela gravidez. In: Enfermagem materno infantil - plano de cuidados. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2002, p. 69-76.
18. Rede Saúde. São Paulo; 2002. [citado 7 nov 2003]. Disponível em: URL:<http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiemortmaterna.html>