



PERFIL DE GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPRIA
PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA
PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON PRE-ECLAMPSIA

Fernanda Cláudia Miranda Amorim¹, Ana Caroline do Nascimento Neves², Fabrisio de Sousa Moreira³, Adélia Dalva da Silva Oliveira⁴, Inez Sampaio Nery⁵

RESUMO

Objetivo: caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos das gestantes internadas com Pré-eclâmpsia (PE) em uma maternidade pública; conhecer a incidência da PE nas gestantes; e descrever as complicações das gestantes com PE. **Método:** estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de 250 prontuários das gestantes. **Resultados:** a faixa etária predominante foi de 26 a 32 anos, tinham ensino fundamental (41,6%), eram do lar (34,4%) e pardas (34,8%). Quanto aos antecedentes familiares a patologia de maior incidência foi a HAS (44,8%), seguida de DM (28,4%), a complicação mais frequente foi a pré-eclâmpsia grave (32%), a incidência de PE foi de 9%. **Conclusão:** a pré-eclâmpsia e os agravos hipertensivos se configuram em estatísticas alarmantes, sendo necessário que os profissionais de saúde planejem uma assistência integral e direcionada. **Descritores:** Pré-Eclâmpsia; Perfil de Saúde; Cuidado Pré-natal; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and clinical aspects of pregnant women with Pre-eclampsia (PE) hospitalized in a public maternity hospital; to recognize the incidence of PE in pregnant women; and to describe the complications coped by pregnant women with PE. **Method:** this is a descriptive and retrospective study with quantitative approach. Data were collected from 250 charts of pregnant women. **Results:** the main age group was from 26 to 32 years old, they had elementary education (41.6%), were housewives (34.4%) and of brown color (34.8%). Regarding the family history, the most frequent pathology was hypertension (44.8%), followed by DM (28.4%), the most frequent complication was severe preeclampsia (32%), the incidence of PE was of 9%. **Conclusion:** pre-eclampsia and hypertensive aggravations are configured in alarming statistics, being necessary that health professionals plan a comprehensive and a supervised care. **Descriptors:** Pre-eclampsia; Health Profile; Prenatal Care; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes hospitalizados con la pre-eclampsia (PE) en un hospital público de maternidad; para conocer la incidencia de la PE en las mujeres embarazadas; y describir las complicaciones en las mujeres embarazadas con PE. **Método:** este es un estudio retrospectivo y descriptivo con enfoque cuantitativo. Los datos fueron recogidos a partir de 250 expedientes médicos de mujeres embarazadas. **Resultados:** el grupo de edad predominante fue de 26-32 años de edad, tenían educación primaria (41,6%) eran amas de casa (34,4%) y del color marrón (34,8%). En cuanto a los antecedentes familiares de la incidencia de la enfermedad fue mayor hipertensión (44,8%), seguida de DM (28,4%), la complicación más frecuente fue la pre-eclampsia severa (32%), la incidencia de PE fue 9%. **Conclusión:** las enfermedades pre-eclampsia e hipertensos se configuran en las estadísticas alarmantes, es necesario que los profesionales de la salud para planificar una asistencia integral y específica. **Descritores:** Pre-Eclampsia; Perfil de Salud; La Atención Prenatal; Cuidados de Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Doutoranda em Engenharia Biomédica, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: famorim@uninovafapi.edu.br; ^{2,3}Acadêmicos de Enfermagem, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: neves.acn@gmail.com; pimmoreira@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Políticas Públicas, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: pimmoreira@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Graduação / Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: inezsampaionery11@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é um dos problemas que desafia a saúde pública mundial, pois representa a terceira causa de morbimortalidade materno-fetal no mundo e a primeira no Brasil.¹

As complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS) são as que mais se manifestam na gestação, cerca de 5% a 10%, e são classificadas como: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, e pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica.²

Além dos distúrbios hipertensivos, a DHEG possui outras complicações associadas, como o deslocamento prematuro da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte fetal, edema pulmonar e cerebral.³

Dentre os distúrbios hipertensivos, a pré-eclâmpsia é o que mais acomete as gestantes, é considerada uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em mulheres com pressão arterial (PA) normal. A pré-eclâmpsia está presente em 2% a 8% das gestantes, em mulheres com história prévia de toxemia esse índice aumenta para 18%.⁴

As DHEGs, quando não tratadas de imediato, ocasionam a mortalidade materna, devido às precárias condições econômicas, culturais, tecnológicas e da qualidade da assistência à saúde e constitui-se uma grave violação aos direitos de reprodução das mulheres, considerando que a grande maioria dos casos de óbitos poderia ser evitada.⁵

A morte materna é considerada na fase gravídica ou em 42 dias após o parto, estando a causa diretamente relacionada à gestação ou agravada por esta, sendo excluídas as causas acidentais ou incidentes. A morte materna é classificada de acordo com as causas obstétricas em diretas e indiretas, sendo que a morte obstétrica direta é o resultado de agravos em decorrência da gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, iatrogenias, ou de uma diversidade de fatores associados aos citados; e a morte obstétrica indireta ocorre devido a doenças adquiridas antes ou na concepção, não sendo relacionada com causas de morte direta, e sim por fatores fisiológicos da gestação.⁶

Um recurso preventivo para se evitar a morte materna e neonatal é o pré-natal, pois tem como objetivo principal o acompanhamento de maneira segura da

gravidez, identificar possíveis complicações e ofertar meios preventivos para um parto seguro, isso resulta em segurança para a saúde materna e neonatal. É importante esclarecer aspectos psicossociais, assim como atividades educativas e preventivas que favoreçam informações relevantes para as usuárias do serviço.⁷

O acompanhamento pré-natal constitui-se de uma de ações de fundamental importância para a prevenção e tratamento das doenças durante a gestação, parto e puerpério, impactando de maneira positiva nos indicadores materno-infantis. Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.¹

Nesse contexto em que se insere o pré-natal na atenção básica, é importante ressaltar que uma assistência pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.⁸

Vale destacar que na vigência de gestação de alto risco e quando a resolução do parto ocorre antes do previsto, a mãe desconstrói o ideal de maternidade e passa a conviver com a realidade de um filho que inspira cuidados e risco de morrer. Esse entendimento leva a pressupor que uma gravidez com síndrome hipertensiva, ou com suas complicações, como a pré-eclâmpsia, traz como consequência, o nascimento de um filho prematuro, com necessidade de hospitalização na UTIN, ou várias consequências para a mãe e em muitos casos o próprio óbito materno.

OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de gestantes internadas com pré-eclâmpsia.
- Conhecer a incidência da pré-eclâmpsia.
- Descrever as complicações das gestantes com pré-eclâmpsia.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado numa maternidade de referência de alta complexidade de atendimento à saúde da

mulher no estado do Piauí. A instituição investigada é responsável por 63% dos nascimentos na cidade de Teresina. As somas de internações por mês totalizam em média 1.200, sendo que 900 são partos.

Os dados foram extraídos dos prontuários das gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da referida instituição. A população do estudo abrange o conjunto de gestantes atendidas na instituição nos anos de 2013 a 2014 com diagnóstico de pré-eclâmpsia residentes em Teresina-PI. A amostra que representa a população é constituída de 250 gestantes. Este tamanho de amostra foi calculado sob a perspectiva de uma prevalência de pré-eclâmpsia de 20% e um erro amostral de 5% com nível de confiança de 95%.

A amostragem para a seleção é probabilística do tipo casual simples com a escolha de 125 mulheres em cada ano da pesquisa. As variáveis estudadas foram a idade, a raça, a situação conjugal, a escolaridade, ocupação, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, realização do pré-natal e número de consulta.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2015, foi realizado um levantamento de dados secundários extraídos dos prontuários do SAME da instituição de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia internadas nos anos de 2013 e 2014

Os dados foram coletados por meio do preenchimento de um formulário contendo as variáveis relacionadas ao perfil das gestantes do estudo. Estes dados formaram um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel para

servir de base para o arquivo a ser processado no programa SPSS 18.0.

Os dados foram analisados por meio do *Software StatisticalPackage for the Social Science* (SPSS), versão 18.0. A análise estatística descreverá as variáveis por meio da leitura das frequências absolutas (nº) e relativas (%) e pelas medidas de posição (média) e de variabilidade (desvio padrão). Os resultados finais serão apresentados em tabelas e gráficos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do conselho nacional de saúde, sendo aprovado com CAAE nº 47431015.0.0000.5210.⁹

RESULTADOS

A amostra para o estudo contou com a população de 28.399 mulheres que deram entrada na maternidade nos anos de 2013 e 2014 por qualquer causa, destas totalizaram 1.394 com diagnóstico de pré-eclâmpsia referente aos dois anos perfazendo um total de 9%. Na Tabela 1 é descrita a caracterização das gestantes segundo as variáveis: idade, raça, escolaridade e ocupação. As mulheres possuem idade entre 14 e 50 anos, a média de idade estabelecida foi 26,1%, sendo a maioria entre 26 a 32 anos (30%).

Tabela 1. Perfil das gestantes segundo as variáveis: idade, raça, escolaridade, e ocupação de gestantes atendidas em uma Maternidade de referência em Teresina/PI nos anos 2013-2014. Teresina (PI), Brasil, 2016.

Variáveis		n	%
Faixa etária	14 ---- 20	27	10,80
	20 ---- 26	62	24,80
	26 ---- 32	75	30,00
	32 ---- 38	60	24,00
	38 ---- 44	25	10,00
	44 ---- 50	1	0,40
Escolaridade	Analfabeto	5	2,00
	Ensino Fundamental	104	41,60
	Ensino Médio	77	30,80
	Ensino Superior	18	7,20
	NR	46	18,40
	Total	250	100,00
Ocupação	Do Lar	86	34,40
	Lavadora	25	10,00
	Estudante	15	6,00
	Celetista	17	6,80
	Estatutaria	18	7,20
	NR	89	35,60
Raça	Total	250	100,00
	Parda	87	34,80
	Negra	2	0,80
	Amarela	-	-
	Branca	1	0,40
	NR	160	64,00
Total		250	100,00

Fonte: Prontuários MDER.
NR= Não registrado

A tabela 2 evidencia o perfil dos antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e tipos de complicações das mulheres com

diagnóstico de PE investigadas no presente estudo.

Tabela 2. Perfil de antecedentes familiares, pessoais, obstétricos e tipos de complicações de gestantes atendidas em uma Maternidade de referência em Teresina/PI nos anos 2013-2014. Teresina (PI), Brasil, 2016.

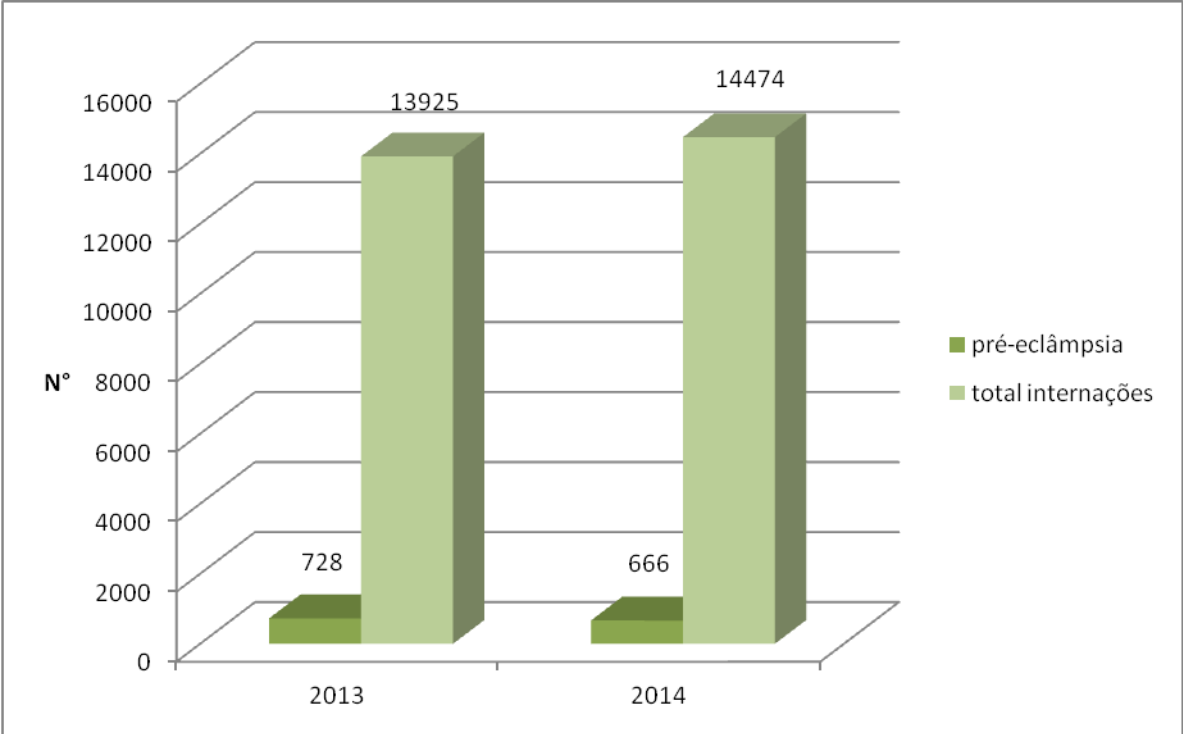
Variáveis		n	%	Média
Antecedentes familiares	DST	-	-	
	Pré-Eclâmpsia	23	9,20	
	ITU	-	-	
	Asma	-	-	
	HAS	112	44,80	
	DM	71	28,40	
	Toxoplasmo	-	-	
	se			
	Eclâmpsia	-	-	
	Gemelarida	48	19,20	
	de			
	TB	7	2,80	
	Mal	7	2,80	
	Formação			
	Cardiopatia	-	-	
	NR	8	3,20	
Antecedentes pessoais	NT	101	40,40	
	Total	250	100,00	
	Cirurgia Previa	62	24,80	
	DST	4	1,60	
	Pré-Eclâmpsia	10	4,00	
	ITU	45	18,00	
	Asma	1	0,40	
	HAS	33	13,20	
	DM	3	1,20	
	Toxoplasmo	1	0,40	

Tipos de complicações	se		
	Eclâmpsia	-	-
	Gemelarida	-	-
	de		
	TB	-	-
	Mal	-	-
	Formação		
	Cardiopatía	1	0,40
	NR	8	3,20
	NT	115	46,00
	Total	250	100,00
	PEG	80	32,00
	Eclâmpsia	4	1,60
	HAS	9	3,60
	HELLP	5	2,00
	Cardiopatía	2	0,80
	Hemorragia	2	0,80
	Amniorex	2	0,80
	Prematura		
	ITU	1	0,40
	DPP	2	0,80
	Neuropatia	1	0,40
	Oligodramni	3	1,20
	a		
	NR	-	-
	NT	142	56,80
	Hematoma de parede	1	0,40
	Total	250	100,00
Antecedentes			2
Obstétricos Gestaçã			
Antecedentes			1
Obstétricos Parto			
Antecedentes			0
Obstétricos Aborto			

Fonte: Prontuários MDER.
*Pergunta com resposta múltipla, soma mais de 100%

No histórico dos antecedentes familiares e pessoais, verificaram-se três dados importantes no estudo, o primeiro, o mais relevante, pois informou que dos 250 prontuários analisados, 112 possuem como antecedente familiar HAS (44,80%), o segundo dado observado na tabela 2, foi que a segunda doença de maior incidência apresentada entre os antecedentes foi a DM (28,4%), e por último, as pacientes na sua maioria não

possuem antecedentes pessoais.Dos 250 prontuários, 115 não tinham doença alguma (46%).
A amostra para o estudo contou com a população de 28.399 mulheres que deram entrada na maternidade nos anos de 2013 e 2014 por qualquer causa, destas totalizaram 1.394 com diagnóstico de pré-eclâmpsia referente aos dois anos perfazendo um total de 9% como evidenciado na Figura 1.



Fonte: Prontuários MDER

Figura 1. Participação dos casos de pré-eclâmpsia no total de internações. Teresina (PI), Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

As síndromes hipertensivas representam uma das alterações que ocorrem com maior frequência na gravidez, sendo a pré-eclâmpsia a doença que mais acomete a mulher no período gestacional, sua incidência varia de 2 a 8% das gestações nos países desenvolvidos, e no Brasil, podendo chegar a 10% ou mais. Esta doença é considerada a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a terceira no mundo, repercutindo ainda em uma alta taxa de morbimortalidade perinatal.¹⁰

Nesse sentido, a Hipertensão Arterial é a complicação mais encontrada na gestação, ocorrendo principalmente em mulheres de idade avançada sendo que a incidência de pré-eclâmpsia na população obstétrica geral é de 3 a 4% e na população maior de 40 anos aumenta para 5 a 10%.¹¹

O Ministério da Saúde³ considera fator de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, o que exige atenção especial durante a realização do pré-natal, visto que uma vez classificado o risco materno, a gestante deve ser acompanhada no Pré-natal de alto risco. A partir dessas definições percebe-se que para alguns autores a idade igual a 35 anos já é considerada fator para gestação de alto risco, enquanto para outros representa o limite.¹¹

Em outro estudo¹² foi evidenciado que a maioria das participantes da pesquisa é adolescente, na faixa etária de 14 a 19 anos (42,42%), foram observados também, casos em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos (7,57%). Mulheres com idade acima de 30 anos estão mais sujeita a patologias

anteriores a gestação como a Hipertensão arterial crônica.¹³

A idade materna é fator determinante de complicações durante o período gravídico. A gestação de uma jovem, bem como a gestação que ocorre em idade avançada, é considerada de risco gestacional para a pré-eclâmpsia. Nesse contexto, a idade do grupo estudado variou de 14 a 50 anos, ou seja, as gestações estão ocorrendo nos extremos da idade reprodutiva, representando, portanto, risco para o surgimento de pré-eclâmpsia. O estudo evidencia também como em terceiro lugar a faixa etária de 32 a 38 anos presente em 24, 8%, parcela também significativa de mulheres com PE dos prontuários analisados, essa faixa apresenta risco materno conforme Ministério da Saúde.¹⁴

Em relação à variável escolaridade, a maioria das puerperas possui o ensino fundamental, com percentual de 41,60%, (104), as que concluíram o ensino médio totalizaram 30,80% (77), observa-se nesta variável a baixa escolaridade na maioria das participantes da pesquisa. Condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais.¹⁵

Em um estudo, 15 (37,5%) das gestantes investigadas tinham de três a sete anos de estudos; outras 20 (50%) tinham escolaridade entre ensino fundamental completo ao ensino médio completo.¹⁵

A educação é fator determinante da vulnerabilidade social, pois o saber possibilita

atitudes que beneficiarão ou não a percepção de risco acerca dos agravos. O acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento também são mediados pela educação, o que interfere, inclusive, na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente.

Os dados referentes à ocupação destas mulheres se fizeram da seguinte forma, nos 250 prontuários selecionados 89 obtiveram a ocupação como não registrada (35,60%), informando que os profissionais da área estão negligentes com essas informações, e como ocupação registrada obteve-se como a maioria o registro da ocupação do lar, um total de 86 prontuários (34,40%), o que parece ser relativamente menos estressante do que ter dupla jornada de trabalho e assim, menor risco de pré-eclâmpsia. Porém, destacou-se que essa condição poderá, por outro lado, contribuir para a redução da renda familiar, com o estresse relacionado ao desemprego e a difícil inserção no mercado de trabalho e, igualmente, contribuir para distúrbios hipertensivos na gestação.

Em relação à raça foi verificado no estudo que na maioria dos prontuários não foram registradas essa informação, cerca de 160 prontuários (64%) não apresentaram a identificação da cor da gestante e as que foram registradas a maioria reconhecem-se como sendo pardas. Isso se deve por falta de preenchimento correto dos registros das pacientes ou anamnese ineficaz.

Assim, neste estudo no que diz respeito à cor da pele, caracterizada pela variável raça, a população se auto referiu como parda (34,8%), essa informação é coerente com a classificação adotada pelo inquérito e semelhante ao utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estabeleceu cinco categorias: parda, preto, pardo, amarela e indígena. O censo 2010 também evidenciou que as raças predominantes no Brasil foram a parda e a branca, sendo que a cor parda apresenta-se numa maior quantidade na região Nordeste e Norte e a Branca nas regiões Sul e Sudeste.¹⁶

Os dados do estudo corroboram com os da literatura. A PE ocorre com maior frequência em mulheres que sejam geneticamente predispostas, assim, no histórico de uma gestante, a atenção deve estar voltada para a ocorrência de hipertensão arterial em familiares, pois a incidência de SHEG na primeira gestação viável está em torno de 5%

na população geral, 22% nas filhas e 38% nas irmãs de mulheres que tiveram a doença.¹⁷

História pessoal de PE é fator de risco para que o evento SHEG se instale em gestações futuras. Um estudo mostrou que os antecedentes pessoais de hipertensão crônica, nefropatia e DM foram associações mórbidas presentes no histórico de 12 (30%), 6 (15%) e 3 (7,5%) das gestantes pesquisadas, respectivamente.¹⁷ A respeito desses resultados, afirma-se que a hipertensão e a doença renal crônica, assim como a DM, são fatores de risco associados ao desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos na gestação.

A PE possui como fatores predisponentes a gestação gemelar, primiparidade, DM, histórico familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal, gestação molar, nova paternidade. No entanto a gravidez pode desenvolver a HAS em mulheres que nunca tiveram indícios de pressão arterial alterada, ou complicar uma preexistente.²

Sobre as complicações registradas nos prontuários investigados, 32% encontradas foi a pré-eclâmpsia grave (PEG). A PEG aconteça por evolução natural da doença, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, segundo a Associação Médica Brasileira¹⁸ PE é definida como grave pela presença de um ou mais dos critérios a seguir: Pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg, proteinúria ≥ 2 g/24 horas, creatinina sérica $>1,2$ mg%, oligúria, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, disfunção hepática, plaquetopenia, eclâmpsia e restrição de crescimento fetal.

A PEG pode ser evitada com assistência obstétrica adequada e resolução sensata da gestação, uma vez que é uma doença predominante na população de baixo nível socioeconômico e em países em desenvolvimento, variando a mortalidade materna com a qualidade do acesso aos cuidados de saúde.¹⁵

É importante destacar que apesar da gestação com pré-eclâmpsia, a maioria das puérperas investigadas neste estudo (56,80%), não evoluíram para nenhuma complicação, acredita-se que houve condução adequada da assistência às essas pacientes.

Quanto às variáveis obstétricas relacionou-se o número de partos, gestações e abortos. Constatou-se no estudo que a média das gestações foi de 2 (duas), parto 1(um) e

nenhum aborto, de acordo com o desvio padrão.

É importante investigar nos estudos os antecedentes obstétricos, pois mulheres que apresentam um elevado número de gestações (cinco ou mais) apresentam um maior risco de morbimortalidade materna em decorrência do alto número de gestações.¹⁹

O aborto foi outra variável de investigada no estudo, verificou-se que não houve abortos anteriores à gestação com PE. Em um estudo¹⁵ cerca de 17,4% das gestantes apresentaram história de um aborto, 3,8% de dois abortos e 0,8% de três. Em relação ao abortamento, o risco de ter novo episódio é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de ocorrências anteriores.²⁰

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da realização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. O objetivo é garantir a qualidade do acesso, da cobertura e da melhoria do acompanhamento das consultas, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.²¹

O cartão da gestante tem funcionado como mecanismo de continuidade do cuidado entre o acompanhamento gestacional na Atenção Básica e a assistência ao parto e ao puerpério imediato na média e na alta complexidade. Contudo, se o cartão apresenta as vantagens de ser amplamente utilizado pelos profissionais de saúde, permitir o registro de informações essenciais e funcionar como elo entre o pré-natal e o parto; por outro lado, está sujeito à incompletude de registros pelos profissionais condutores do pré-natal e às perdas pela gestante.²²

Em relação ao número de consultas realizadas foi constatado nos registros que as pacientes não fazem as consultas, de acordo com a tabela 3, o número máximo de consultas realizado pelas gestantes foram duas (2) durante todo o período de gravidez.

O Ministério da Saúde recomenda no mínimo sete ou mais consultas com profissionais de nível superior (consultas alternadas e complementares entre o Médico e o Enfermeiro) que devem ser oferecidas mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana;

semanalmente no termo. O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir a qualidade do acesso, da cobertura e da melhoria do acompanhamento das consultas, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.²³

CONCLUSÃO

O estudo permitiu caracterizar o perfil das gestantes acometidas de pré-eclâmpsia internadas em uma maternidade pública de Teresina-PI, relacionando as características sociodemográficas, antecedentes pessoais, obstétricos, ginecológicos, e complicações, também possibilitou conhecer a incidência de gestantes com pré-eclâmpsia atendidas na maternidade pesquisada.

Este estudo apresentou limitações, pois a fonte de dados é secundária e as informações coletadas são oriundas dos prontuários preenchidos pelos profissionais de saúde da instituição e não pelas pesquisadoras, outra limitação, se deve ao fato do estudo ser retrospectivo, impossibilitando assim o contato das pesquisadoras em tempo real com as mulheres investigadas. Durante a coleta dos dados observou-se nos prontuários os registros incompletos sobre a saúde da mulher, criança e pré-natal.

Estas lacunas encontradas nos prontuários evidenciam a necessidade da organização da assistência, pois o cuidado sistematizado possibilita que os dados sejam coletados e alimentados de forma completa e continua da admissão até a alta da paciente. Recomenda-se elaboração de instrumentos facilitadores, como exemplos *checklist*, bem como treinamentos com os profissionais de saúde, estimulando a atuação destes para a integralidade no cuidado pré-natal e hospitalização.

Ressalta-se que a formação dos profissionais de saúde deve ser mais ampla e contextualizada, de modo a possibilitar a equipe, que atuam no cuidado pré-natal e na assistência direta, tenham a capacidade para reconhecer o contexto de comunicação e acolhimento, de escuta, além de compreender as diferenças de valores e a cultura. Destaca-se a importância da elaboração de políticas públicas que estabeleçam estratégias adequadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, a fim de que haja promoção na qualidade de vida materna.

Considera-se que caracterizar o perfil das gestantes e todas as informações sobre sua saúde, é de extrema relevância, pois contribui para identificação de riscos e com isso a

elaboração de estratégias preventivas objetivando a redução dos agravos, e possibilitando a oferta de uma assistência com qualidade. Destaca-se que pré-eclâmpsia e os agravos hipertensivos, se configuram em estatísticas alarmantes e ocupam o primeiro lugar como causa de morte materna no Brasil, sendo um problema de saúde pública mundial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Secretaria de vigilância em Saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 01]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica nº 32. Pré-Natal de Baixo Risco[Internet]. 2nd. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Gestação de Alto Risco: Manual Técnico [Internet]. 5th ed. Brasília:Ministério da Saúde; 2010. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
4. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
5. Carvalho MVP, Silva TMP, Soares NS, Carvalho ML, Ferreira AKA, Sousa AFL. Mortalidade materna na capital do Piauí. Rev Interd [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 01];7(3):17-27. Available from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265>
6. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Santo MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec 01]; 31(11): 566-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica n  32: Pré-Natal de Baixo Risco [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da saúde; 2005. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n  466, de 12 de dezembro de 2012: Dispõe sobre pesquisas e testes em seres humanos [Internet]. Brasília (DF), 2012. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Alex Sandro Rolland de Souza, Noronha Neto C, Coutinho IC, Diniz CP, Lima MMS. Pr  Eclâmpsia: Atualização. Femina [Internet]. 2006 [cited 2015 Dec 01];34(7):499-507. Available from:http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-7-551.pdf
11. Gonçalves ZRG, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 01];40 (5): 274-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>
12. Lacerda IC, Moreira TMM. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Acta Scient Health Scienc [Internet]. 2011[cited 2015 Dec 01];33(1):71-6. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/7711/7711>
13. Ferrão MHL, Pereira ACL, Gersgorin HCTS, Paula TAA, Corrêa RRM, Castro ECC. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006 [cited 2015 Dec 01];52(6):390-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a16v52n6.pdf>
14. Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil. Linhas de Cuidados: Hipertensão Arterial e Diabetes [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Available from: <http://bibliofarma.com/linhas-de-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes/>
15. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pr -eclâmpsia. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 01];15(2):250-5. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17855/11650>
16. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico: Gestação de alto risco[Internet]. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
17. 17.Herculano MMS, Veloso LS, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PC, Castro DAK.  bitos

maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 01];46(2):295-301. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40948/0>

18. Almeida FMP, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2015 Dec 01];25(2):114-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a13.pdf>

19. Soares VMN, Schor N, Tavares CM. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. Rev Bras Cresc Des [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 08];18(3):254-63. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n3/05.pdf>

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

21. Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf

22. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 01]; 10(3):359-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>

23. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica 37: Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf

Submissão: 13/06/2016

Aceito: 10/02/2017

Publicado: 15/03/2017

Correspondência

Fernanda Cláudia Miranda Amorim
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro Uruguai
CEP: 64057-100 – Piauí (PI), Brasil