

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLAMPSIA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

TEÓFILO OTONI/MG

2011

Fabrcia Pinheiro dos Santos

**IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLAMPSIA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof. Dra. :Daclé Vilma Carvalho

TEÓFILO OTONI

2011

Fabrcia Pinheiro dos Santos

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLAMPSIA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Daclé Vilma Carvalho

Banca Examinadora

Prof: Daclé Vilma Carvalho - orientadora

Pro: Pablo Cordeiro da Silva

Aprovado em Belo Horizonte: 10/12/2011

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada disso seria possível e não estaria aqui concretizando esta etapa de minha vida.

A minha amada mãe, cujo amor, carinho e dedicação serviram-me de amparo e exemplo, mantendo-me confiante no término desta especialização. Por nunca medir esforços para a realização dos meus sonhos.

Ao meu esposo João Carlos, companheiro fiel de caminhada, pelo amor incondicional, carinho e presença constante, sempre incentivando meu crescimento pessoal e profissional. Enfim, a todos aqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho pude entender que os desafios são constantes, mas eles podem ser traspassados e as vitórias alcançadas, basta termos fé, perseverança e acreditar que tudo é possível. Agradeço:

A Deus, força suprema que rege em minha vida, por estar ao meu lado, por ser fiel e Senhor da minha vida, proporcionando paciência, sabedoria, discernimento, saúde e energia para a realização deste trabalho e permitindo ultrapassar mais um desafio neste começo de caminhada.

A minha mãe, pelo amor, conselho, carinho e estímulo, sempre acreditando que seria capaz.

Ao meu esposo, pelo companheirismo, amor, apoio e estímulo constante nesta caminhada, com as quais compartilho muitas vitórias.

As minhas irmãs pelo incentivo e amizade, ajudando e torcendo pela concretização deste curso.

A minha orientadora, Daclé Vilma carvalho, que mesmo virtual, expressou sua dedicação, paciência e compreensão e por ter me dito esta frase, “não desista sem ao menos tentar”. E pela capacidade profissional, com que conduziu as orientações deste trabalho. O meu muito obrigado.

As professoras do Curso de Especialização que me ajudaram a trilhar caminhos inusitados na vida profissional e acadêmica.

Aos colegas do Curso de Especialização, pela partilha do conhecimento e pelos momentos agradáveis vividos nesse período que, certamente, deixarão saudades.

A todos dedico os meus sinceros agradecimentos.

“O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento.
Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo”.

Pierre Furter

RESUMO

Com os avanços científicos e tecnológicos ocorrido na área de saúde, em especial na saúde da mulher, tornou-se inadmissível que o processo de reprodução cause danos à mulher. Ciente desta realidade percebe-se que o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas que visam melhorar a qualidade de assistência materna /infantil. Destaca-se aqui a importância do pré-natal para prevenir alterações que podem ocorrer durante o ciclo gravídico/puerperal tais como a pré-eclâmpsia. Esta se caracteriza por hipertensão com proteinúria e/ou edema patológico, e pode ser de leve a moderada. A pré- eclampsia pode evoluir para eclampsia acompanhada por crises convulsivas. O objetivo do presente estudo é elaborar um texto sobre aspectos epidemiológicos, conceituais e científicos e assistenciais relativos prevenção da pré-eclâmpsia, através de uma revisão narrativa da literatura específica. A pré-eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classificadamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300mg/24h). Conhecendo-se pouco sobre sua etiologia, há relatos que fatores extrínsecos como idade, raça, e intrínsecos como a genética, primíparas e problemas placentários podem desencadear esta patologia. Destacando que a assistência de enfermagem na atenção básica de saúde é de extrema importância, auxiliando na prevenção de tais acometimentos. O aprimoramento e o conhecimento técnico científico muito podem contribuir no acompanhamento destas gestantes dentro de uma equipe multidisciplinar e conseqüentemente aumentar a qualidade de atenção à saúde da mulher.

Palavras-chave: Pré-natal, Pré-eclâmpsia/Eclampsia, Hipertensão, Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

With scientific and technological advances occurred in the area of health, especially in women's health, it became unacceptable for the reproduction process causes the same damage. Aware of this reality it is clear that the Ministry of Health has adopted a series of measures to improve the quality of care maternal / child. We highlight here the importance of prenatal care to prevent changes that may occur during the cycle pregnancy / postpartum such as Pre-eclampsia. This is characterized by hypertension with proteinuria and / or pathological edema, and can be mild to moderate. Pre-eclampsia can develop into eclampsia accompanied by seizures. The purpose of this study is to develop a text on epidemiological, conceptual and scientific assistance for prevention of Pre-eclampsia through a narrative review of the literature. The Pre-eclampsia usually occurs after the 20th week of pregnancy, classified by the gradual development of hypertension and proteinuria. It appears when the level of blood pressure is greater than or equal to 140/90 mmHg with proteinuria ($> 300\text{mg}/24\text{h}$). Knowing little about its etiology, there are reports that extrinsic factors such as age, race, and intrinsic as genetics, calf and placental problems can trigger this disease. Noting that nursing care in primary health care is extremely important, helping to prevent such bouts. Improving scientific and technical knowledge can contribute much in the monitoring of these pregnant women within a multidisciplinary team, thereby increasing the quality of attention to women's health.

Keywords: Prenatal, Pré-eclâmpsia/eclampsia, Hypertension, Nursing care.

SUMÁRIO

1-Introdução.....	9
2- Objetivo.....	11
3- Abordagem Metodológica.....	12
4- Resultados.....	13
4.1 Bibliografia consultada para revisão da literatura.....	13
4. 2 Revisão de literatura.....	14
4.2.1 Epidemiologia da Pré-eclâmpsia/eclampsia.....	14
4.2.2 Pré-eclâmpsia/eclampsia: Aspectos conceituais e científicos.....	16
4.2.3 Assistência à mulher no pré-natal: Prevenção da eclampsia e tratamento.....	20
5- Considerações Finais.....	25
6- Referências.....	26

1. INTRODUÇÃO

Uma a posição explícita frente à questão da saúde da mulher, por parte do brasileiro é recente. Nos anos 80, pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher segundo Hans Halbe (2000, p.144 apud CARDOSO, 2007, p. 144).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar a sistematização da assistência em todos os níveis de atendimento a gestante e garantir o acesso e a qualidade do seu acompanhamento.

As Políticas Públicas de Saúde após lançarem programas que incentivam e efetivam a assistência ao pré-natal, asseguram que realização precoce do pré-natal tem uma relação estreita com os níveis de saúde das mães e de seus filhos, uma vez que a ausência ou a baixa qualidade desta assistência está associada a altas taxas de mortalidade materno-infantil.

Portanto, a Assistência Pré-Natal é um dos componentes indispensável para contribuir com a qualidade de vida e saúde para a mãe e filho, proteger e prevenir doenças, tendo como principal finalidade a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal. Neste sentido, é importante enfatizar que os cuidados direcionados ao grupo materno-infantil são imprescindíveis para aumentar o conforto e a segurança integral, bem como promover a saúde desse grupo de ambos. O pré-natal consiste em um conjunto de consultas realizado com um profissional de saúde durante todo o período da gestação, sendo indicado que se inicie tão logo para evitar problemas como eclampsia, anemia, infecção urinária, doenças transmissíveis e outros. E muitos destes problemas se não detectados em tempo hábil podem evoluir para o parto precoce, aborto ou consequências mais sérias (DUARTE, 2008).

Um dos fatores de risco associados a não adesão do pré-natal em tempo hábil é a eclampsia, motivo que é de grande relevância conhecê-lo.

A pré-eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classificadamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Apresenta-

se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300mg/24h). Esta patologia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral. (BRASIL, 2005).

A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas representa importante fator para explicar tais complicações como esta citada.

No Brasil tem avançado muito na qualificação das ações voltadas á melhoria de atenção obstétrica e neonatal. Porem é preciso que as ações realizadas pela equipe de saúde da família sejam efetivas e para tanto os profissionais devem estar em permanente capacitação e ter material didático atualizado e de fácil acesso.

É de fundamental importância que o enfermeiro conheça as complicações existentes mais prevalentes, que acometem as gestantes, como a hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia, eclampsia).

Assim, enquanto enfermeira, atuando em um PSF elaborei este texto sobre Pré-eclâmpsia/eclampsia com a finalidade de contribuir para o aprimoramento dos profissionais que atuam na área materno-infantil.

Este material possibilitará uma consulta rápida por parte dos profissionais no sentido de seu aprimoramento profissional para atuar junto à clientela, seja orientando ou dando assistência direta, no sentido de prevenir ou pelo menos minimizar as complicações de uma pré-eclâmpsia.

2. OBJETIVO

Discorrer sobre aspectos epidemiológicos, conceituais, científicos e assistenciais relativos à prevenção da pré-eclâmpsia.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

O texto foi elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura. Segundo Cardoso et al 2007, uma revisão bibliográfica consiste em um conjunto de dados que permitem uma análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento, representando assim uma fonte indispensável de informações.

O levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisas em livros, artigos científicos, sites científicos, ou seja, uma seleção de dados bibliográficos que poderão ser utilizados como referencias na construção deste trabalho, publicados nos 10 últimos anos.

Considerando as ações educativas com vistas à promoção de saúde das mulheres, foi realizada uma pesquisa bibliográfica tendo como fontes de pesquisas de bases de dados eletrônicos, tais como Lilacs, Bireme. Além disso, foram utilizados documentos e livros que contribuíram para o melhor desenvolvimento do trabalho.

Os descritores utilizados para pesquisa foram: pré-eclampsia, enfermagem, hipertensão, saúde materna.

4. RESULTADOS

4.1 Bibliografia consultada para revisão da literatura

Para atender ao objetivo proposto foram consultados documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde (lista em anexo) 7 artigos, 4 documentos e um livro.

A caracterização da bibliografia está apresentada no Quadro 1.

Ano	Tipo	Periódico/Editora	Local	Título	1º autor
2000	Livro	MEDSI	Rio de Janeiro	Ginecologia & obstetrícia	PERET FJ.
2001	MS	Documento	São Paulo	Instituto para Desenvolvimento de Saúde	Equipe técnica
2002	MS	Documento	Brasília	Comitês de Mortalidade materna.	Equipe Técnica
2002	Artigo	Revista Brasileira de Hipertensos, Brasília.	Brasília	Hipertensão e Gravidez.	PASCOAL, Istênio F.
2003	Artigo	Rev. Saúde Pública	Rio de Janeiro	Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal	COIMBRA LC, Silva.
2005	MS	Documento	Brasília	Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco	Equipe Técnica
2006	MS	Documento	Brasília	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas	Equipe Técnica
2008	Artigo	Rev. da Sociedade Brasileira de hipertensos	São Paulo	Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez	GADONSKI, Giovani
2008	Artigo	REUSP	São Paulo	Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-	GRANGEIRO, Gisele Ribeiro.
2009	Artigo	Rev. Bras. Ginecologia Obstetra	Rio de Janeiro	Predição de Pré-eclâmpsia.	CAVALLI, Ricardo de Carvalho,
2009	Artigo	Rev. latino Americana,	São Paulo	Fisiopatologia da Pré-Eclampsia	GARCIA, Sidney Logrosa
2010	Artigo	Fisioter. Mov;	Curitiba	Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclampsia.	SOUZA, Viviani Fik Fernandes.

4. 2 Revisão de literatura

4.2.1 Aspectos Epidemiológicos da Pré-eclâmpsia/Eclampsia.

O número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS vem aumentando gradativamente, passando de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas por parto em 2003. E de acordo com o Programa de Humanização ao Pré-Natal, hoje estes números modificaram expressamente, passando de 5,1 consultas por parto para 6 consultas por parto e 1 consulta puerperal, totalizando sete consultas (BRASIL, 2001; 2005).

Mas, apesar da cobertura pré-natal ter melhorado consideravelmente, inclusive após a implantação das equipes do PSF, estratégia iniciada em 1994, com os princípios e desafios apontados à época da proposição do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) os índices elevados de óbitos maternos persistem pondo em pauta a qualidade das consultas do pré-natal, pois, em 1998 foram registrados, 64,8 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, sendo a primeira causa de morte materna a síndrome hipertensiva acompanhada de outras patologias. (BRASIL, 2002; 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, vem ocorrendo um aumento do acesso ao pré-natal, entretanto, apesar da ampliação de cobertura, verifica-se que na atenção básica ocorre um desfalque na captação precoce destas gestantes para início do seu pré-natal, pois a não adesão do pré-natal no primeiro trimestre coloca as patologias sífilis congênita e hipertensão arterial gestacional como a causa de morte materna mais frequente no Brasil. (BRASIL, 2005).

De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), no Brasil, em 2003, a taxa de mortalidade materna foi de 63,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Quanto às causas de mortalidade materna, predominam as obstétricas diretas (62,6%), e entre estas se destacam as doenças hipertensivas como pré-eclâmpsia/eclampsia, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto (BRASIL, 2003). A maioria das causas obstétricas diretas é evitável por meio de uma adequada assistência no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde, em 2005, aponta que a pré-eclâmpsia é diretamente relacionada à cerca de sessenta mil óbitos por ano, em todo o mundo. Sendo que afeta de 2% a 3% de todas as gestações.

Para o Ministério da Saúde (2000) há uma alta incidência de mulheres com problemas de hipertensão durante o ciclo gravídico, onde a prevenção depende do diagnóstico e tratamento durante a gravidez, sendo que, se houver uma adequada assistência no decorrer de toda a gestação, a morte materna e neonatal pode ser reduzida.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e em países em desenvolvimento, e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral. (BRASIL, 2005).

4.2.2 Pré-eclâmpsia/eclampsia: aspectos conceituais e científicos

Após a fecundação, o óvulo humano precisa se adaptar ao meio interno, o que altera profundamente o organismo da mulher pelas repercussões provenientes deste fenômeno. Para isso, ocorrem algumas modificações locais e sistêmicas que são gradativas e podem proporcionar alterações maléficas para a constituição da vida neonatal. De acordo com Souza et al,(2010).

no período gestacional ocorre uma série de mudanças no funcionamento e nas formas do corpo; talvez em nenhuma outra fase essas mudanças sejam tão significativas em um espaço tão curto de tempo. 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.

Segundo o grupo de investigação do “National Heart, Lung and Blood Institute”, as patologias hipertensivas gestacionais se classificam em pré-eclâmpsia, eclampsia (ocorre após a pré-eclâmpsia acompanhada de crises convulsivas), hipertensão gestacional e hipertensão crônica. (GADONSKI, 2008).

A pré-eclâmpsia/eclampsia geralmente ocorre após a 20^a semana de gestação, classificadamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300mg/24h). E, na maioria das vezes, a proteinúria é uma manifestação tardia da pré-eclâmpsia (BRASIL, 2005).

Embora a fisiopatologia da pré-eclâmpsia ainda não esteja perfeitamente elucidada, os dados e estudos anatomopatológicos mais antigos, orientam na direção de um esquema fisiopatológico constituído de várias etapas sucessivas, ou seja:

- ❖ alteração da vascularização uterina defeituosa - invasão trofoblástica, responsável por hipoperfusão da câmara intervilosa.
- ❖ baixa taxa de oxigênio da placenta e tensão oxidativa, que induzem disfunção generalizada do sinciotrofoblasto.
- ❖ disfunção do endotélio materno associada a diversas substâncias liberadas pela placenta na circulação materna (radicais livres, lipídios oxidados, citocinas), originando os sinais clínicos da enfermidade.

A invasão trofoblástica defeituosa pode ser explicada da seguinte forma. Na superfície intrauterina ocorre o processo de invasão dos citotroblastos extravilosos para o processo de placentação humana. No útero existem artérias espiraladas em direção das quais ocorre a orientação da invasão trofoblástica, promovendo a invasão da parede arterial e conseqüentemente provocando o desaparecimento da túnica muscular e das células do endotélio materno que são substituídas por citotroblastos extravilosos.

Contudo, alteração da invasão trofoblástica ocorre no decorrer da pré-eclâmpsia. A invasão da porção intersticial do útero se mantém consideravelmente preservada, porém ocorre diminuição da invasão intravascular e perivascular das artérias uterinas. A essa invasão defeituosa das artérias maternas se junta ao defeito de sua remodelação pelos citotroblastos extravilosos. As células endoteliais não são substituídas pelos trofoblastos e a camada de células musculares lisas não é reparada. Sendo assim, na pré-eclâmpsia as artérias uterinas apresentam menor diâmetro e conservam seu poder de vasoconstrição, origem da hipóxia placentária. Como discorre Cavalli et al, (2009), p. 1.

É amplamente aceito, atualmente, o fato de que a isquemia da placenta é um fator primordial. Durante o início do segundo trimestre da gestação (entre a 18ª e 20ª semana) instala-se um processo referido como “pseudovasculogenese”, caracterizado pela migração dos citotroblastos em direção às arteríolas uterinas espiraladas onde sofrem diferenciação em células com fenótipo endotelial. Nesse processo, ocorre remodelamento gradual da camada endotelial desses vasos e destruição do tecido elástico-muscular das artérias e arteríolas, tornando-as mais dilatadas. Essa migração/diferenciação dos citotroblastos deve-se a alterações nos perfis de expressão de certas citosinas, moléculas de adesão, constituintes da matrix extracelular, metaloproteínas e o antígeno de histocompatibilidade (HLA-G). O remodelamento das artérias uterinas espiraladas resulta na formação de um sistema local de baixa resistência arteriolar que é essencial ao aumento do suprimento sanguíneo para o desenvolvimento e crescimento do feto. Na pré-eclâmpsia, a invasão das artérias espiraladas do útero é limitada, sendo que apenas entre 30 e 50% das artérias sofrem a invasão do trofoblasto. A média do diâmetro das artérias espiraladas de gestantes com pré-eclâmpsia é metade daquela observada na gravidez normal. Essa falência do remodelamento vascular impede uma resposta adequada ao aumento da demanda do fluxo sanguíneo que ocorre durante a gestação, diminuindo a perfusão útero-placentária e provocando isquemia da placenta.

No que se refere à taxa de oxigenação placentária, os trofoblastos extravilosos encontram um alto teor de oxigênio em sua migração em direção as artérias e em caso de uma maior pressão, ocorre maior alteração de suas características. Ao contrário, em situações de hipóxia, os trofoblastos extravilosos continuam a proliferar e se modificam pouco.

De acordo com Garcia et al, (2010) os conhecimentos atuais, entretanto, não permitem estabelecer se a hipóxia placentária descrita em casos de pré-eclâmpsia é causa ou consequência dessa invasão trofoblástica e dessa revascularização arterial defeituosa.

É importante ressaltar que o endotélio se responsabiliza pelo controle do tônus da musculatura lisa dos vasos por meio da liberação de vasoconstritores e vasodilatadores. Esse balanço é fundamental para determinar a resistência vascular periférica e, conseqüentemente, a pressão arterial.

Percebe-se com a explicação de Grangeiro (2008) a baixa perfusão placentária com disfunção endotelial pode causar um desequilíbrio nos vasodilatadores e vasoconstritores, alterando assim a vascularização.

O caráter sistêmico da pré-eclâmpsia pode ser causado por extensa disfunção endotelial, vaso espasmo e ativação variável dos mecanismos de coagulação. Estudos mostram evidências que a pré-eclâmpsia é precedida e/ou acompanhada por lesão endotelial.

Dentre os vasodilatadores, destacam-se o óxido nítrico (ON) e as prostaglandinas (PG). O óxido nítrico se difunde rapidamente para fora da célula de origem em direção às células vizinhas, onde se liga à guanosina monofosfato cíclica (GMPc) e induz relaxamento da musculatura lisa vascular. A enzima responsável pela sua produção, a óxido nítrico sintase (ONS), é expressa no sinciotrofoblasto, bem como no endotélio vascular umbilical e feto-placentário, onde a produção de ON contribui para a manutenção da baixa resistência vascular placentária Gadonski, (2008), p. 6.

O endotélio vascular elabora uma miríade de moléculas vasoativas, que contribuem criticamente para a regulação do tônus, permeabilidade e coagulação vasculares, e cujas ações ou concentrações tendem a se alterar em direções opostas durante a gravidez normal ou pré-eclâmpsia.

Pode-se concluir que a pré-eclâmpsia é, na realidade, uma doença generalizada, sendo a hipertensão apenas uma de suas manifestações. Observam-se lesões em vários órgãos, incluindo cérebro, fígado e coração. É um dos fatores de riscos e uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna nos países em desenvolvimento, podendo se manifestar de forma pura, sem antecedentes de hipertensão crônica, ou sobreposta a uma doença hipertensiva subjacente, geralmente acometendo primigestas, com maior incidência em casos de gestações múltiplas. As intercorrências clínicas durante o período reprodutivo da mulher não se expressa apenas nos índices de mortalidade fetal, mas também no sacrifício de muitas vidas maternas.

4.2.3 Assistência à mulher no pré-natal: prevenção da eclampsia

Segundo Peret (2000), a assistência dada à mulher no pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do concepto, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto e o puerpério.

Muitas mulheres ao engravidarem correm sérios riscos de saúde. E estas se enquadram no grupo das gestantes de alto risco, daí procede a importância de um acompanhamento sistematizado no decorrer de toda a evolução do pré-natal, objetivando controlar todos os possíveis problemas.

A baixa qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico puerperal pode resultar em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas. Assim o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM, implantando em 1984, recomenda desenvolver discussão com a população, sobre a importância da assistência pré-natal, de forma a obter adesão das gestantes ao serviço de pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. Entretanto, apesar de ter prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, ainda hoje, persiste, em algumas regiões, dificuldade de acesso a assistência pré-natal (GRANGEIRO, 2008).

Para que se possa garantir assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal disponibilizada nas unidades de saúde ou nos programas de saúde da família deve ser organizada de forma que atenda as necessidades da gestante, devendo ser elaboradas conforme as peculiaridades de cada localidade. Assim, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

O pré-natal deve iniciar-se o mais precoce possível objetivando fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistêmico, e assim, rastrear eventuais fatores de risco. Pode-se dizer que o sucesso do pré-natal depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas, podendo variar de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez (COIMBRA, 2003).

Para obter êxito, a equipe de saúde deve estar treinada, e sua estrutura organizacional deve estar apta a prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com a equipe, já que a melhor forma de assegurar a captação precoce e a qualidade do serviço prestado à população.

Uma atenção ao pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação 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 (BRASIL, 2006).

Dando continuidade à proposta de prestar assistência a saúde da mulher foi lançado o Programa de Saúde da Família - PSF, criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, como uma proposta de reorientação do modelo assistencial brasileiro. Tem seu enfoque voltado para a relação com a comunidade, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, em conformidade com suas reais necessidades. Busca, todavia, a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com o indivíduo, família e comunidade, onde o mesmo representa um campo emergente à atuação do enfermeiro no nível nacional.

O acompanhamento das grávidas deve ser efetuado por uma equipe multidisciplinar especificamente vocacionada e com vasta experiência nesta área.

A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas representa importante fator para explicar diversas complicações na gestação.

É de vital importância para uma gestação saudável, a realização do pré-natal, sendo um procedimento que pode trazer benefícios para a mãe e para o feto, assim, é fundamental a conscientização das mulheres sobre sua importância.

E segundo o Ministério da saúde (2000), o diagnóstico de gravidez pode ser feito pelo enfermeiro da unidade de saúde segundo o protocolo específico.

O enfermeiro elabora o plano de assistência na consulta de enfermagem do pré-natal, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecem intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a odontologia, medicina, nutrição e psicologia.

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, legitimada pela lei do exercício profissional, em 1986, no artigo 11º, inciso 1, letra I e inciso II, letras g, h e i do COFEN (1986), encontra um grande campo de utilização em ginecologia e obstetrícia, tendo em vista que a mulher, da sua adolescência à senectude, constitui um vasto contingente populacional, que demanda orientação, avaliação constante e periódica de sua saúde nessa área, visando à promoção e à prevenção da mesma.

O Ministério da Saúde determina os seguintes parâmetros aos estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, para garantir atenção pré-natal e puerperal (BRASIL, 2006):

- a) captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- b) estabelecer um vínculo de confiabilidade entre a gestante e o enfermeiro.
- c) realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- d) desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - ✚ Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - ✚ Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - ✚ Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - ✚ Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
 - ✚ Exames laboratoriais:
 - ✚ Avaliações do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
 - ✚ Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; Orientar e acompanhar quanto à dieta hipossódica e hipoprotéica.
 - ✚ Fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da PA, diariamente, na UBS.
 - ✚ Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;

- ✚ Tratamento das intercorrências da gestação; Sugerir repouso e encaminhar a gestante para consulta de alto risco em casos de aumento da PA (acima 140/90 mmHg) ou edema.
- ✚ Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes;
- ✚ Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
- ✚ Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

e) atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto.

Tratamento

O tratamento da pré-eclampsia/eclampsia pode ser não farmacológico ou farmacológico.

O tratamento não farmacológico visa diminuir os índices da pressão arterial com adoção de medidas simples e que apresentam efetividade tais como a redução do peso corporal, diminuição da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas.

Aliadas a estas condutas, é importante a prática de exercícios físicos orientados por um profissional capacitado.

Segundo Pascoal (2002), a melhor prevenção consiste em:

- repouso no leito,
- controle da pressão arterial,
- profilaxia da convulsão (quando sinais de eclâmpsia iminente estão presentes).

As complicações maternas se não tratadas podem associar a um maior risco de morte neonato. A intervenção terapêutica é paliativa e não altera a fisiopatologia da pré-eclâmpsia; quando muito, pode retardar sua progressão.

Os tratamentos farmacológicos mais utilizados nesses casos são: a hidralazina e a metildopa.

Os componentes destes medicamentos promovem relaxamento da musculatura lisa das arteríolas periféricas e também diminuem a resistência dos vasos.

A hidralazina é o anti-hipertensivo mais usado para mulheres com hipertensão gestacional grave e pré-eclâmpsia. A metildopa também é usada, embora tenha a desvantagem de um início de ação relativamente lento (cerca de quatro horas).

Portanto, na prática clínica a escolha do medicamento provavelmente deve depender da familiaridade de um clínico individual com um medicamento específico.

Se já houver maturidade pulmonar fetal, a gravidez deve ser interrompida, uma vez que a pré-eclâmpsia é completamente reversível e começa a desaparecer com o parto. As dificuldades aumentam quando a pré-eclâmpsia se desenvolve antes da maturidade fetal, situação em que é difícil decidir a época adequada do parto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adquirir o conhecimento das alterações que acometem as gestantes é de extrema importância não só para o entendimento, como abordar e assistir esta paciente conforme sua necessidade.

Através da revisão de literatura foi possível perceber que, apesar dos avanços alcançados e na disponibilização de serviços de assistência ao pré-natal e puerpério, muito, ainda, há o que se fazer. Mesmo após o lançamento do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento, são poucas as gestantes que iniciam o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, problema este que repercute até hoje na atenção básica de saúde.

Fato este, que os índices de pré-eclâmpsia registrados no Brasil e em países em desenvolvimento foram subsídios para que as ações voltadas para atenção à mulher fossem mais reforçadas, pois não adesão do pré-natal em tempo hábil é um fator que pode desencadear uma série de patologias, inclusive a pré-eclâmpsia.

Contudo, a assistência de enfermagem constitui um fator primordial e indispensável às gestantes com possíveis complicações e tem a responsabilidade de promover o cuidado e contribuir para um melhor nível assistencial.

Este trabalho possibilitou conhecer um pouco mais sobre esta patologia e o quanto a enfermagem e uma equipe multidisciplinar pode contribuir nesta assistência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, 2000 [online]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm>> Acesso em 21 setembro de 2011.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas. **O Pré-Natal e a atenção à saúde da mulher na gestação**. Universidade de Brasília-Departamento de Saúde Coletiva. Janeiro/Junho 2007 [online]. Disponível em: <www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf> Acesso em 22 setembro 2011.

CAVALLI, Ricardo de Carvalho, et al. **Predição de Pré-eclâmpsia**. Rev. Bras. Ginecologia Obstetra. Rio de Janeiro, vol.31, n.1, Jan.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000100001&script=sci_arttext>. Acesso em 02 setembro 2011.

COSTA, AM. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-35.

COIMBRA LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal**. Rev. Saúde Pública, Rio Janeiro; 2003, vol.37, n.4, p.456-62.

CUNHA, Carla Joelma Bezerra, et al. **Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, Jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em 02 setembro 2011.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **O Significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil Saúde e Sociedade**, 2008, vol. 17, n. 2, ISSN 0104-1290.

GADONSKI, Giovani; IRIGOYEN, Maria. **Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez**. Rev. da Sociedade Brasileira de hipertensos. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-32, 2008. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2008/RevistaHipertensao1_2008.pdf>. Acesso em 18 de agosto 2011.

GARCIA, Sidney Logrosa et al. Fisiopatologia da Pré-Eclampsia. Rev. latino Americana, São Paulo, p. 14-20, novembro 2010. Disponível em: <<http://scielo.br/>>. Acesso em 30 agosto 2011.

GRANGEIRO, Gisele Ribeiro; Diógenes, Maria Albertina Rocha; Moura, Escolástica Rejane Ferreira. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL**. Rev. Escola de Enfermagem da USP, 2008, vol.42, n. 1, ISSN 0080-6234.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS / SES, 2003. 95P.

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Internacional de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília (DF): A Organização; 2002.

PASCOAL, Istênio F. **Hipertensão e Gravidez**. Revista Brasileira de Hipertensos, Brasília, v. 9, n.3, Jul/set. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf>>. Acesso 20 setembro 2011.

PERET FJ. **Ginecologia & obstetrícia**. 2a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. Médico

DOCUMENTOS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento de Saúde-IDS. Manual de enfermagem. São Paulo (SP): IDS/USP; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF); 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitês de Mortalidade Materna. Manual. 2a ed. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde RIPSa. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Ministério da Saúde; 2005. p. 94-95.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília; 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Ministério da Saúde; 2005. p.158.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico. Brasília; 2006.