

# M MULHERES COM SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

WOMEN WITH PREGNANCY-RELATED HYPERTENSIVE DISORDER: EVIDENCE FOR NURSING CARE

Guilherme Frederico Abdul Nour <sup>1</sup>

Marta Matos Castro <sup>2</sup>

Fernanda Maria Carvalho Fontenele <sup>3</sup>

Mariza Silva de Oliveira <sup>4</sup>

Juliana Oliveira Brito <sup>5</sup>

Ana Railka de Souza Oliveira <sup>6</sup>

## RESUMO

*Este é o relato de uma pesquisa exploratória, do tipo revisão integrativa, que objetivou identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os conhecimentos e sentimentos de mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG) e os cuidados de enfermagem implementados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MedLine) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), na década 2003-2013. A busca foi feita adotando como descritores gestação e hipertensão. Depois da análise dos estudos, foram obtidos os seguintes resultados: quanto aos conhecimentos em relação à síndrome, eram insatisfatórios em grande parte das mulheres, pois elas a associavam apenas ao aumento da pressão arterial; em relação aos sentimentos na gestação, identificamos medo, ansiedade, preocupação, insegurança e solidão; e no que respeita às consequências da SHEG, morte, perda do bebê, complicações no parto, deficiências posteriores no recém-nascido e problemas familiares. Quanto ao cuidado de enfermagem, desenvolvemos atividades educativas, mediante a formação de um grupo para discussão dos temas pertinentes à SHEG e promovemos exercícios aeróbicos e técnicas de relaxamento. Constatamos que é fundamental que os profissionais de saúde se disponham a oferecer informações às gestantes de forma clara e compreensível, cuidado essencial para que se obtenha uma mudança comportamental efetiva.*

**Palavras-chave:** Hipertensão; Pré-eclâmpsia; Cuidado de enfermagem.

## ABSTRACT

*This is the report of an exploratory research, an integrative review, which aimed to identify the evidence available in the literature on knowledge and feelings of women with pregnancy-related hypertensive disorder (PRHD) and the nursing care procedures deployed in the databases Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), and Scientific Electronic Library Online (SciELO), within the decade 2003-2013. The search was made by adopting pregnancy and hypertension as descriptors. After analyzing the studies, the following results were obtained: as for knowledge on the syndrome, it was unsatisfactory in many women, because they only associated it with increased blood pressure; in relation to feelings during pregnancy, we identified fear, anxiety, worry, insecurity, and loneliness; and regarding the consequences of the PRHD, death, baby loss, birth complications, further deficiencies in the newborn infant, and family problems. As for nursing care, we conducted educational activities, by forming a group to discuss the themes relevant to PRHD and promoted aerobic exercises and relaxation techniques. We found out that it is crucial that health professionals are willing to provide information to pregnant women in a clear and understandable manner, an essential procedure in order to obtain an effective behavioral change.*

1. Enfermeiro no Hospital Regional do Norte. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Sobral (CE), Brasil.

2. Enfermeira na Santa Casa de Misericórdia. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Sobral (CE), Brasil.

3. Enfermeira coordenadora de setor no Hospital Regional Norte. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Sobral (CE), Brasil.

4. Enfermeira. Professora no Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral (CE), Brasil.

5. Enfermeira no Hospital Regional do Norte. Estudante de especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Sobral (CE).

6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas (SP), Brasil.

**Key-words:** *Hypertension; Preeclampsia; Nursing care.*

## INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. No entanto, caracteriza-se como uma situação limite, podendo causar riscos para a mãe e/ou para o feto, havendo gestantes que, por suas características particulares, têm mais chances de uma evolução desfavorável, as chamadas “gestantes de alto risco”<sup>1</sup>.

O avanço dos estudos obstétricos é inegável e atualmente contamos com técnicas inovadoras e eficazes que levaram à diminuição das taxas de morbimortalidade materno-infantil. Porém, mesmo com a evolução tecnológica, a saúde reprodutiva ainda é um problema de acentuada importância, principalmente nos países emergentes, entre os quais o Brasil.

É notável que a gravidez é um evento natural e complexo pois promove várias alterações físicas, psíquicas e eventualmente patológicas, entre as quais a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG), que pode acometer mulheres após 20 semanas de gestação acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto<sup>2</sup>.

A hipertensão arterial complica cerca de 7% a 10% de todas as gestações. Define-se como hipertensão arterial a pressão arterial sistólica que atinge valor  $\geq 140$  mmHg e/ou a pressão arterial diastólica que atinge valor  $\geq 90$  mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos 4 horas. Já a proteinúria é definida como a excreção de 300 mg de proteínas em urina de 24 horas<sup>3</sup>.

Teoricamente, a SHEG subdivide-se em duas formas peculiares: pré-eclâmpsia e eclâmpsia<sup>2,4</sup>. Esta se caracteriza pela presença de convulsões generalizadas ou mesmo coma em mulher com algum quadro de hipertensão, evento que pode ocorrer na gravidez, durante o parto ou no período puerperal imediato. Essa condição clínica é responsável por índices significativos de morbidade materna e perinatal, frequentemente associada a alterações em órgãos vitais como sistema nervoso central (SNC), fígado e rins<sup>3</sup>.

A SHEG pode ainda evoluir para quadros muito graves, como a síndrome HELLP e coagulação intravascular disseminada, ligada à vasoconstrição generalizada, à coagulação anormal e ao depósito de fibrina na microcirculação placentária. A fibrina altera a perfusão de sangue adequada na placenta, causando muitas vezes o nascimento prematuro, o baixo peso ao nascer e a mortalidade neonatal<sup>5</sup>.

De modo geral, a SHEG se manifesta no fim do 2º trimestre da gravidez e evolui durante o período gestacional,

*Há evidências de que os índices de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal.*

necessitando de assistência pré-natal de qualidade, pois o quadro clínico pode apresentar variação em gravidade e intensidade<sup>6</sup>.

A SHEG é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal, estando em primeiro lugar entre as afecções exclusivas do ciclo gravídico puerperal, pois a incidência da síndrome HELLP varia entre 2% e 12% do total de mulheres com diagnóstico e é a causa de aproximadamente 8% das mortes de bebês<sup>3,7</sup>.

Dados do Ministério da Saúde (MS) confirmam que a SHEG está entre as primeiras causas do óbito materno, pois 74% desses casos são predominantemente obstétricos<sup>8,9</sup>, razão pela qual as gestantes merecem cuidados especiais, requerem assistência pré-natal distinta, exames laboratoriais mais específicos, avaliação fetal criteriosa e apresentam maior possibilidade de hospitalização devido aos riscos maternos e fetais associados<sup>10</sup>.

Há evidências de que os índices de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal<sup>4,9</sup>. Desse modo, ao oferecermos uma atenção holística no pré-natal, vemos a mulher em sua integralidade, de acordo com suas características pessoais e sentimentos próprios, e podemos analisar sua situação de saúde e valorizar suas carências históricas, culturais e existenciais, como sentimentos, anseios e preocupações que podem interferir em sua saúde, bem-estar e na forma de viver o cotidiano.

Tal contexto está de acordo com o defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende que toda mulher tem direito à assistência pré-natal adequada, devendo-se levar em consideração os fatores emocionais, sociais e psicológicos envolvidos no processo<sup>11</sup>.

A redução da mortalidade materno-infantil é prioridade e uma das metas do pacto pela vida, englobado na política do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ainda são necessários esforços para que essa questão seja tratada como prioritária, pois 90% das mortes maternas são evitáveis<sup>12</sup>.

Em 2000, o MS iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de promover ações direcionadas à redução da morbidade e mortalidade materna e melhorar os resultados

perinatais, tendo como estratégia a humanização do atendimento<sup>4</sup>. Em 2011, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Nesse contexto, este estudo teve por objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os conhecimentos e sentimentos de mulheres acometidas pela SHEG e os cuidados de enfermagem diante desse quadro.

## METODOLOGIA

A revisão integrativa foi feita entre maio e novembro de 2013, a partir da busca de estudos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) acessando-se as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MedLine) e do Scientific Electronic Library Online (SciELO)<sup>22</sup>, no decênio 2003-2013. A seleção dos artigos adotou os seguintes descritores: Gestação e Hipertensão.

Neste estudo foram percorridas seis etapas: estabelecimento da hipótese; amostragem ou busca na literatura; categorização; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão<sup>23</sup>. As perguntas norteadoras dessa revisão integrativa foram: Quais os conhecimentos e sentimentos de mulheres acometidas pela SHEG?; Quais os cuidados de enfermagem diante desse quadro?

Os critérios de inclusão foram os estudos que respondiam às questões norteadoras da pesquisa; disponíveis eletronicamente de forma gratuita; em português; publicados em periódicos nacionais, dissertações e teses, independentemente do método de pesquisa empregado. Foram excluídos editoriais; cartas ao editor; revisão integrativa, sistemática e narrativa da literatura.

Conforme o Quadro 1, foram encontrados 57 artigos que abordavam conceitos relevantes para o estudo, mas, depois de lê-los na íntegra, 46 foram excluídos por não atenderem ao objetivo desta revisão.

Depois da seleção dos 11 artigos, fizemos uma leitura ampla e profunda para dar continuidade às etapas de revisão integrativa e estabelecer as informações que seriam extraídas de cada publicação.

**Quadro 1:** Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados.

Base	Lilacs	MedLine	SciELO
Produções encontradas (leitura de títulos e resumos)	41	7	9

Base	Lilacs	MedLine	SciELO
Produções excluídas (depois da leitura dos artigos na íntegra)	33	6	7
Total de artigos selecionados	8	1	2

Fonte: Elaborado pelos autores.

## RESULTADOS

Os artigos foram organizados em tabelas segundo ano de publicação, unidade da federação, área e cenário da pesquisa.

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos conforme ano de publicação e estado onde o estudo foi conduzido.

Ano de publicação	Frequência	%
2003	1	9,1
2007	1	9,1
2008	1	9,1
2009	1	9,1
2010	4	36,3
2011	3	27,3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

  

Estado	Frequência	%
Ceará	5	45,5
Rio Grande do Norte	2	18,2
Rio Grande do Sul	1	9,1
São Paulo	3	27,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Tabela 2:** Distribuição dos artigos conforme a área da pesquisa e cenário do estudo.

Área da pesquisa	Frequência	%
Enfermagem	9	81,8
Medicina	2	18,2
Total	11	100

  

Cenário do estudo	Frequência	%
Hospital	6	54,5
Ambulatório	5	45,5
Total	11	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Quadro 2:** Distribuição dos estudos segundo autores/ano, metodologia e principais resultados.

Autores/ano	Metodologia	Evidências encontradas
Lima et al. (2010)	Qualitativo, comparativo, não experimental. Conduzido com 10 enfermeiros.	São fundamentais o trabalho do enfermeiro com o médico, a prioridade no atendimento, a solicitação de exames e o controle da pressão arterial. Os profissionais de saúde devem se colocar no papel de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação.
Souza et al. (2011)	Exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Conduzido com 70 mulheres.	Os sentimentos foram fortemente representados pelo vocábulo <i>morte</i> e as demais evocações, como <i>medo</i> , <i>risco</i> , <i>perda</i> e <i>sobrevivência</i> , relacionam-se às incertezas maternas quanto à própria sobrevivência e à do filho.
Azevedo et al. (2009)	Observacional. Conduzido com 20 mulheres.	Nas percepções relacionadas ao risco, três aspectos foram marcantes: a morte, as consequências da doença e o desconhecimento sobre o prognóstico. Durante as observações das consultas, algumas mulheres se mostraram ansiosas e angustiadas.
Aguiar et al. (2010)	Descritivo. Conduzido com 15 gestantes.	Há necessidade de implementar uma sistemática de assistência de enfermagem, voltada para esse grupo de pacientes, considerado de risco devido às particularidades da patologia.
David et al. (2008)	Prospectivo. Conduzido com 20 gestantes.	As preocupações das gestantes relacionavam-se ao medo do parto, aos riscos para o bebê (morte, complicações ou deficiências posteriores), à hipertensão e aos familiares.
Herculano et al. (2011)	Relato de experiência com abordagem descritiva.	A parturiente necessita de apoio, atenção, respeito e consideração. O enfermeiro deve ter um novo olhar que contemple não apenas o fazer tecnológico, mas o estar presente, ser com o outro, multiplicando os cuidados e minimizando as dificuldades.
Leal (2003)	Exploratório-descritivo. Conduzido com 21 gestantes.	A maioria não tinha conhecimentos satisfatórios sobre a SHEG, apenas a associava ao aumento da pressão arterial. Os sentimentos mais frequentes foram: medo, insegurança, preocupação, ansiedade e solidão.
Silva et al. (2011)	Exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Conduzido com 10 puérperas.	80% das puérperas disseram desconhecer sua doença. Em relação aos sentimentos, o medo, a preocupação e a ansiedade foram os mais prevalentes.
Silva et al. (2010)	Descritivo com abordagem quantitativa. Conduzido com 25 gestantes.	As gestantes sabiam muito pouco sobre a SHEG, só a associavam ao aumento da pressão arterial, fato que demonstra um déficit de conhecimento.
Moreira (2007)	Descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Conduzido com 12 gestantes.	Grande parte das gestantes não tinha conhecimentos satisfatórios sobre a doença. Os sentimentos mais presentes foram medo, ansiedade e preocupação com o desconhecido.
Cruz et al. (2010)	Descritivo-exploratório e qualitativo. Conduzido com 10 mulheres.	Os depoimentos ilustraram falta de conhecimentos específicos sobre as alterações da doença. Foram percebidos sentimentos de medo, ansiedade e temor por parte das gestantes.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

De acordo com os dados das Tabelas 1 e 2, a publicação dos estudos concentra-se nos anos 2010 e 2011, com 7 artigos selecionados, sendo 2010 o ano de maior prevalência. Anterior a esse período observamos grande carência de estudos publicados, justificando assim o fato de termos incluído no estudo artigos publicados nos últimos dez anos. Esses dados mostram um déficit na produção de estudos no Brasil.

Quanto ao local, observamos que 5 estudos foram feitos

no estado do Ceará, seguido de São Paulo com 3 e do Rio Grande do Norte com 2.

Com relação aos profissionais envolvidos nos estudos, percebemos que a enfermagem se destacou, com 9, seguida pela medicina com 2, o que confirma que a enfermagem é uma das principais profissões que procuram estudar o bem-estar das gestantes. É importante ressaltar que a parceria entre enfermagem e outros profissionais é válida, já que aquela executa seu trabalho em equipe e a troca de experiência na área da saúde é de grande importância para a melhoria da qualidade da assistência.

## *A assistência pré-natal deve ampliar suas ações para além de questões meramente curativas.*

Quanto ao cenário do estudo, 6 foram conduzidos em hospitais, confirmando que esse tema vem sendo mais abordado no contexto hospitalar, por ser a SHEG considerada uma síndrome de alto risco para as gestantes.

Sobre a metodologia, destacaram-se os estudos do tipo descritivo-exploratório, somando 7 artigos. Essa metodologia, por ser de abordagem qualitativa, ajudou mais o pesquisador a conhecer os sentimentos e os conhecimentos das mulheres diagnosticadas com SHEG, por levar em consideração aspectos não mensuráveis e valorizar a subjetividade.

Quanto aos conhecimentos das gestantes com SHEG, percebeu-se que grande parte não tinha conhecimentos satisfatórios com relação à síndrome, apenas a associavam ao aumento da pressão arterial. O que se pudemos constatar é que a conhecem como uma doença causada pela pressão alta que “dá na gravidez”, informação essa transmitida, na maioria dos casos, pela mãe, por amigas e pessoas da comunidade da qual fazem parte, além do conhecimento resultante do senso comum<sup>8</sup>.

Segundo outro estudo, os conhecimentos das gestantes com SHEG são limitados e sua gravidade clínica só passa a ser percebida quando da necessidade do atendimento em um serviço de maior complexidade<sup>13</sup>. Segundo as mulheres, a pré-eclâmpsia também poderia surgir devido à falta de cuidados com a alimentação, expressa como: “excesso de sal”, “excesso de gordura”, “muita fritura”, “comida salgada”, “excesso de massa”, “excesso de comida”<sup>14</sup>.

Nas consultas pré-natal, pouco se investiga acerca do conhecimento que as mulheres têm, quer sobre o processo gestacional, quer sobre suas complicações. Esse resultado é semelhante a estudo realizado no Rio Grande do Norte, que sugere que os profissionais pouco discutem com as pacientes durante o pré-natal as complicações e o tratamento da pré-eclâmpsia<sup>14</sup>.

As mulheres devem ter acesso à educação em saúde para compreender melhor o processo que vivenciam e, assim, participar efetivamente das decisões em relação ao parto, ao puerpério e à amamentação. Acredita-se que o conhecimento da mulher em relação à sua doença contribui para o autocuidado. O envolvimento da gestante de risco com sua própria saúde a faz sentir-se responsável por si e pela saúde de seu filho<sup>15</sup>.

Dessa forma, é importante que profissionais de saúde transmitam às gestantes conhecimentos que as despertem para o autocuidado, pois o cuidado educativo é uma das principais ações que devem ser implementadas em saúde, uma vez que desenvolvem a promoção da saúde e a prevenção de complicações. A assistência pré-natal deve ampliar suas ações para além de questões meramente curativas, capacitando as mulheres para o autocuidado e, conseqüentemente, para a manutenção de sua saúde<sup>16</sup>.

Quanto aos sentimentos das mulheres durante a gestação, identificamos com frequência: medo, ansiedade, preocupação, insegurança e solidão. Em outro estudo o medo em relação à SHEG foi o sentimento predominante nas narrativas, medo que variou de intensidade e forma, dependendo se havia ou não experiência anterior de pré-eclâmpsia<sup>14</sup>.

Ao vivenciar a síndrome pela primeira vez sem apresentar manifestações de gravidade, o sentimento expresso pela mulher estava associado à preocupação e à angústia em relação ao que lhe era desconhecido. Já as que apresentaram complicações graves em gestação anterior ou na atual, o medo surgiu como angústia, trauma, desespero e choro. O medo de morrer, de perder o bebê ou de a doença surgir na hora do parto emergiu nos relatos dessas mulheres, preenchendo o espaço que deveria ser de sentimentos positivos, como alegria e realização pela chegada do bebê.

É interessante observar que, embora várias mulheres tenham relatado sentir medo, esse sentimento não tinha o mesmo significado para todas. Algumas tinham medo do desconhecido, pois nada sabiam de sua situação, outras temiam a morte, não só a sua, mas também a de seu(s) filho(s). Havia, ainda, as inseguras pela falta de condições assistenciais no município em que residiam.

Percebemos também que as mulheres se sentiam sozinhas e até mesmo desamparadas, pois com a doença traziam a “bagagem” de casa: problemas de ordem conjugal, psicológica e financeira<sup>8</sup>.

No que diz respeito às conseqüências da SHEG para as pacientes, elas manifestaram morte, perda do bebê, complicações no parto, deficiências posteriores e problemas familiares<sup>13</sup>. Esse temor do filho malformado ou natimorto é comum a todas as mulheres em algum momento da gravidez. Entre os medos que mais acometem as gestantes, em graus diferentes, há o de ter um filho com alguma deficiência, preocupações que muitas vezes só findam no momento do parto<sup>15</sup>.

Os sentimentos negativos, advindos das dúvidas quanto à própria sobrevivência e à do filho, desencadeiam maior labilidade emocional. Essas alterações adaptativas, comuns na gravidez de alto risco, decorrem do novo papel e da perda do controle em relação à gestação. Acredita-se que, de alguma forma, essas sensações influenciam a resposta

insatisfatória à terapêutica usada para controle dos quadros hipertensivos<sup>13</sup>.

Esses aspectos negativos, contudo, podem ser minimizados com orientações adequadas, diagnóstico precoce, condutas efetivas, postura acolhedora da equipe, atitudes de promoção da saúde e políticas públicas efetivas. Ações que incluam reciprocidade, confiança, diálogo permanente e responsabilidade compartilhada devem ser adotadas pelos profissionais de saúde no cuidado às grávidas de alto risco, para promover um nascimento saudável e fazer que essas mulheres se sintam mais tranquilas, seguras e satisfeitas<sup>13</sup>.

Tornou-se evidente que essas gestantes precisam de mais atenção, respeito e consideração das equipes de saúde. Os profissionais de enfermagem devem ter um novo olhar que contemple não apenas o fazer tecnológico, mas o estar presente, ser com o outro, multiplicando cuidados e minimizando as dificuldades.

O enfermeiro é o mais hábil profissional para identificar, fazer os primeiros atendimentos e o encaminhamento para o acompanhamento de gestantes de alto risco.

A *Nursing Intervention Classification* (NIC) apresenta diversas intervenções que os enfermeiros podem implementar para atender às necessidades dos pacientes. A intervenção de enfermagem é o tratamento que o enfermeiro proporciona, incluindo cuidados diretos e indiretos, buscando os resultados almejados para o paciente a partir de um julgamento clínico<sup>18</sup>.

Um estudo descreve várias atividades educativas conduzidas com as gestantes, com a formação de um grupo sobre diversos temas, entre os quais: significados da gravidez, alterações fisiopatológicas durante a gestação, sexualidade na gravidez, o homem grávido, sinais de parto, parto ativo, humanizado e consciente, parto normal *versus* parto cesáreo, acolhimento do bebê, cuidados no puerpério e sexualidade, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar<sup>18</sup>. Relata ainda que essas atividades também propiciaram às gestantes um momento de lazer, pois fizeram exercícios aeróbicos e de relaxamento, procurando-se sempre oferecer a elas um ambiente descontraído.

É indiscutível a importância da associação de educação em saúde e atenção básica. A estratégia de formação de grupos é uma ferramenta essencial no processo educativo e na promoção da saúde da população.

A educação em saúde deve fundamentar-se nas necessidades, interesses e problemas dos usuários, já que um de seus objetivos é a elaboração de programas educativos capazes de proporcionar experiências de aprendizagem que lhes permitam, na prática, aplicar as descobertas da ciência em benefício da saúde. Apesar disso, raros são os estudos que procuram levantar dados mais cuidadosos sobre os interesses da população-alvo<sup>19</sup>.

O enfermeiro é um educador, sendo seu dever conscientizar

## *A educação em saúde deve fundamentar-se nas necessidades, interesses e problemas dos usuários.*

a gestante de que seu tratamento se estende até sua casa e que a mudança no estilo de vida é fundamental para sua gestação ir a termo. Ações educativas em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal são muito importantes, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para viver o parto de forma positiva, correr menos riscos de complicações no puerpério e obter mais sucesso na amamentação.

Considerando o pré-natal e o nascimento momentos únicos para a mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem adotar a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver a ela sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério<sup>20</sup>.

Nesse contexto, é importante que profissionais de saúde atuantes nos serviços de atendimento à mulher estejam sensibilizados para promover um cuidado que valorize aspectos subjetivos presentes na gravidez, em especial nas situações de SHEG, visando a garantir condições dignas de atendimento promotor da capacidade da mulher de enfrentar, com menor desgaste, os efeitos adversos decorrentes do alto risco gravídico e puerperal. Tal conduta também ajudará na implementação da SAE, tornando o cuidado distinto, individualizado e humanizado<sup>21</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pela análise das produções científicas, percebemos que as pesquisas sobre esse tema ainda são escassas na literatura e ressaltamos a necessidade de mais estudos.

Os resultados permitiram identificar que a ausência ou a inadequação de informação, desde a atenção pré-natal, agravam as consequências da SHEG, bem como qualquer outra gestação de alto risco. Ficou evidente que a falta de informações, de orientações claras e abrangentes sobre o período gravídico-puerperal para as gestantes provocou uma série de fatores negativos, contribuindo para uma resposta insatisfatória à terapêutica adotada. Logo, é necessário que os enfermeiros reconheçam essa necessidade, pois respondem legalmente, no exercício da profissão, pela assistência, ensino, pesquisa e administração de cuidados. Este estudo

fornece subsídios que podem sensibilizar os profissionais de saúde atuantes nos serviços de atendimento à mulher para adotarem um cuidar que valorize aspectos subjetivos presentes na gestação, especialmente nas situações das síndromes hipertensivas da gravidez, para garantir condições dignas de atendimento em que se promova a capacidade de a mulher enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos decorrentes do alto risco gravídico e puerperal.

Portanto, as organizações dos serviços de saúde devem favorecer o acesso dessas mulheres a ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS. O estudo aponta a necessidade de se repensar e, talvez, se reorganizar o modelo de assistência perinatal, não apenas no nível terciário, mas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diante do exposto, é preciso que haja uma promoção da saúde por meio da educação nas consultas de pré-natal e atendimento intra-hospitalar, a fim de aprimorar o conhecimento e humanizar o atendimento oferecido.

Em face do exposto, entende-se que os enfermeiros atuantes na atenção pré-natal, bem como na assistência à gestante e à puérpera, devem atentar para a importância do cuidado integral, por meio de um trabalho em rede e de educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2012.
3. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência pré-natal. Manual de orientação. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2000.
4. Brasil. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
5. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [online]. 2012, 37(4): 267-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442001000400008>
6. Cunha SP, Costa FS, Duarte G. Doença hipertensiva específica da gravidez. In: Guariento A, Mamed JAV. Medicina materno-infantil. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 713-20.
7. Cunha SP, Duarte G, Patta, MC. Síndrome de HELLP. Ribeirão Preto (SP): FMRP-USP; [s.d].
8. Leal MVP. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. *Rev Bras Promoç Saúde* [serial on the internet]. 2008 [cited 2015 May 16]. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/341/2040>
9. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 May 16]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
10. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tecnologia apropriada para nascimento e parto. Trad. Sônia N. Hotimisky, rev. Sônia Venâncio. [S.l.]: [s.n]; 2010.
12. Brasil. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, 45(6): 1285-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600002>
14. Azevedo DV. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. *Rev Salud Pública* [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 May 16];3(11):347-58. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n3/v11n3a04.pdf>
15. Silva EF, Cordova FP. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2011, 32(2): 316-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200015>
16. Silva MP. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. *Rev RENE* [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 May 16];11(4):57-65. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/422>
17. Favretto DO, Carvalho EC, Canini SRMS. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficientes visuais. *Rev RENE* [serial on the internet]. 2008 [cited 2015 May 16];2(6):68-74. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/599>
18. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. Ceará. *Rev RENE* [serial on the internet]. 2007 [cited 2015 May 16];8(3):107-16. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/679>

19. Candeias NMF. Planejamento em promoção em saúde: uma abordagem integrada. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 May 16]. 2(5):195-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v30n1/v30n1a12>

20. Lima EMA. Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) atendidas em unidades básicas de saúde (UBS). J Health Sci Inst. 2010;28(2):151-3.

21. Aguiar MIF. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev Rene [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 May 16];11(4):66-75. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/423/pdf>

22. Correia RBF, Catanio APG, Albuquerque IMAN, Linhares MSC. Análise da produção científica sobre saúde auditiva no Brasil em quatro periódicos selecionados. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014;13(1):99-109. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/440/294>

23. Xavier LN, Oliveira GL, Gomes AA, Machado MFAS, Eloia AMC. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014;13(1):76-83. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/436/291>

Recebido em 03/12/2014 Aprovado em 04/03/2015