

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

ROZELI VIANA GOMES SILVA

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO -
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM AS
GESTANTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA DO ANTA - MINAS GERAIS**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2015

ROZELI VIANA GOMES SILVA

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO -
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM AS
GESTANTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA DO ANTA - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado
de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2015

ROZELI VIANA GOMES SILVA

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO -
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM AS
GESTANTES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PEDRA DO ANTA - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 09 de junho de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico a conclusão desta pós-graduação à minha família e a todos os funcionários da Instituição que de forma direta ou indireta me ajudaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe que muito me incentiva a estudar, à minha filha pela torcida e compreensão quanto à minha ausência.

Agradeço também à instituição, aos funcionários, inclusive aos tutores que muito me ajudaram, incentivando a continuar, pois tive tantos problemas que quase desisti.

Agradeço à Fabrícia que apesar de vários ocorridos acabou me ajudando.

RESUMO

A hipertensão gestacional mesmo com a evolução da ciência, ainda tem uma alta taxa de mortalidade para gestante e o bebê, em decorrência das complicações e a falta da consciência dos riscos da mulher durante a fase gravídico-puerperal. As complicações decorrentes da doença hipertensiva específica da gestação constituem ao lado da infecção e da hemorragia, a principal causa de morte materna na maioria dos serviços especializados. O acompanhamento da equipe multidisciplinar no acompanhamento durante o pré-parto e pós-parto traz benefícios diminuindo assim grandes intercorrências maléficas para a mãe e a criança, entretanto a dificuldade de aceitação da gestante quando diagnosticada com doença hipertensiva específica da gestação é grande o que dificulta o tratamento correto. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção com vistas à prevenção da doença hipertensiva específica da gestação e suas complicações na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família I no município de Pedra do Anta, em Minas Gerais. Os procedimentos metodológicos incluíram: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de intervenção. Com esta proposta espera-se diminuir o número de casos de gestantes com pré-eclâmpsia e suas complicações, possibilitando a transferência de informação para a população e a construção do conhecimento sobre a doença evitando suas complicações.

Palavras Chaves: Gravidez de alto risco. Complicações na gravidez. Hipertensão induzida pela gravidez. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Gestational hypertension even with the evolution of science, still has a high mortality rate for pregnant woman and the baby, due to the complications and lack of awareness of the risks of women during pregnancy and puerperal-. Complications of hypertensive disease of pregnancy constitute specific beside the infection and hemorrhage, the leading cause of maternal death in most specialized services. The monitoring of the multidisciplinary team in monitoring during the prepartum and postpartum brings benefits thus reducing major complications harmful to the mother and the child, however the difficulty of acceptance of pregnant when diagnosed with hypertensive disease of pregnancy-specific is great which makes the correct treatment. This work aimed to draw up a plan of action aiming at prevention of hypertensive pregnancy-specific disease and its complications in the area covered by the family health team (I) in the municipality of Pedra do Anta, Minas Gerais. The methodological procedures included: Situational diagnosis, review and preparation of the intervention plan. This proposal is expected to reduce the number of cases of pregnant women with pre-eclampsia and its complications, enabling the transfer of information to the population and the construction of knowledge about the disease and avoid complications.

Key words: high-risk pregnancy. Pregnancy complications. Pregnancy-induced hypertension. Prenatal care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3	Objetivo Geral	13
3	Objetivos Específicos	13
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
5	HIPERTENSÃO ARTERIAL ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO	15
5.1	Etiologia e Fisiopatologia	16
5.2	Fatores de Risco	17
5.3	Classificação da DHEG	18
5.4	Complicações da DHEG	19
5.3	Ações da Equipe de Saúde da Família na DHEG	20
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa de Saúde da Família, foi implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) visando promover a reordenação do modelo assistencial vigente. Este modelo mostrava-se incapaz de resolver os problemas da população, trazendo insatisfação por não atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF surge então como forma de reorganizar a atenção básica, vista como capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (BRASIL, 2011).

A hipertensão tem sido uma das maiores causas de óbito na cidade onde atuo, porém resolvi falar da hipertensão em gestantes devido a observação de falta de qualidade das consultas de Pré-Natal e desistência de muitas gestantes por falta de conhecimento e esclarecimento sobre a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). As consultas realizadas durante o pré-natal, recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), são importantes tanto na sua quantidade, e mais essencialmente na qualidade dessas consultas.

Orientações e acompanhamento por profissionais da saúde possibilitam que a gestante tome medidas preventivas, como, mudança no estilo de vida, não fumar, evitar o excesso de peso, redução da ingestão de sódio, diminuição da carga de trabalho, alívio do estresse e evitar o consumo de álcool, entre outras (SOUZA *et al.*, 2014).

As condutas de enfermagem para pacientes com DHEG têm vários objetivos dentre eles: diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central, controlar a pressão sanguínea, promover a diurese, controlar o bem estar materno-fetal, auxiliar na dor, aliviar náuseas e vômitos, reduzir edemas e atentar para os sinais de alerta (cefaléia, dor epigástrica, oligúria, distúrbios visuais (SOUZA *et al.*, 2014, sp.).

A DHEG é a doença mais importante em obstetrícia, incidindo em cerca de 10% das primigestas (REINERS *et al.*, 2009).

Durante o tempo de serviço em ESF, observei um número considerável de gestantes que fazem consultas de pré-natal com diagnóstico de DHEG. Estas gestantes que foram acompanhadas e orientadas no pré-natal, mas que mesmo assim vieram a desenvolver uma gestação de risco quando no sentido geral era para se ter o

contrário. O que pode ter havido com essas mulheres, de baixa renda e com todas as dificuldades inerentes à sua condição social, é de não terem sido assistidas corretamente no serviço de acompanhamento pré-natal, que deveria lhes garantir atenção adequada a fim de prevenir ou controlar a doença de maneira efetiva.

A morte materna é um indicador que mostra as condições de vida e de saúde das mulheres, como também, revela uma assistência falha e de qualidade insuficiente (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

No Brasil, as síndromes hipertensivas são as complicações mais freqüentes na gestação de risco e ocupam o primeiro lugar ente as causas da mortalidade materna, “principalmente quando se instalam em suas formas mais graves como a eclampsia e a síndrome HELLP” (ALVES, 2013, p.173).

Quando cursei as disciplinas de “Processo de trabalho em saúde” e “Planejamento e avaliação das ações em saúde” no Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família (CEABSF), percebi que os problemas do município em que trabalho eram maiores do que pensava (FARIA *et al.*, 2009; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A necessidade de organização e planejamento é enorme principalmente pela dificuldade de interação entre os profissionais e a falta de vontade do gestor em mudar o sistema vigente.

A vigilância, a busca ativa, o rastreamento durante a gestação garantem o reconhecimento e tratamento precoce das condições da DHEG. Tais ações devem ser promovidas pela equipe de saúde e mais ainda pelo enfermeiro com a participação da família, organizando melhor o atendimento das gestantes e articulando ações mais direcionadas a estas clientes com o intuito de diminuir a morbimortalidade perinatal e materna.

A dificuldade de aceitação da gestante quando diagnosticada com DHEG é grande o que dificulta o tratamento correto. A Equipe de Saúde da Família I da Cidade de Pedra do Anta - MG vem trabalhando com toda a população no sentido de fazer o tratamento e dar continuidade ao mesmo.

A importância desta unidade clínica e o risco obstétrico e neonatal que representam para o binômio mãe-filho motivaram o trabalho. O propósito deste trabalho é discutir

as dificuldades vivenciadas pela gestante e propor possibilidades de profilaxia durante o pré-natal, fator que torna de suma importância o trabalho da equipe de saúde da família.

2 JUSTIFICATIVA

É relevante que a equipe de enfermagem, bem como o enfermeiro, conheça os fatores, as causas e manifestações da DHEG em qualquer etapa do Pré Natal, estando capacitados para programas de prevenção e evolução, daquela que é um grande problema de saúde pública.

Baseando-se nesses antecedentes e diante da realidade que vivencio, identifiquei a necessidade de realizar um estudo que possa formular estratégias de assistência a estas gestantes. Com esta proposta espera-se diminuir o número de casos de gestantes com DHEG e suas complicações, possibilitando a transferência de informação para a população e a construção do conhecimento sobre a doença uma vez que o assunto na comunidade não é bem conhecido e muito pouco falado e esclarecido.

Neste sentido Reis, Pepe e Caetano (2011, p.1143) reforçam que o problema deve ser

[...] compreendido a partir de diferentes abordagens e ênfases, para possibilitar propostas de intervenções adequadas para a efetivação do direito a cuidados de qualidade à gestação, parto e puerpério e, conseqüentemente, para a redução de mortes e danos desnecessários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas à prevenção da doença hipertensiva específica da gestação e suas complicações na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família I no município de Pedra do Anta, em Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar os fatores de risco e as complicações da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).

Identificar estratégias que fundamentem a implantação de ações na atenção básica direcionadas à prevenção de complicações da doença hipertensiva específica da gestação.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para fundamentar a elaboração do Plano de Intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, sendo selecionados materiais em livros-texto, teses, publicações por organismos nacionais e artigos publicados nas bibliotecas virtuais da UFMG, BIREME, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library on line* (SCIELO), e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bem como em sites do Ministério da Saúde.

Na busca de publicações de trabalhos científicos publicados no período de 2003 a 2014 foram utilizados os descritores:

Gravidez de Alto Risco,
Complicações na gravidez,
Hipertensão induzida pela gravidez
Cuidado pré-natal.

A elaboração do plano de intervenção baseou-se nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), segundo Campos, Faria e Santos (2010).

5 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

A Hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais comum entre as mulheres, não somente nos anos férteis, mas também durante a gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.89) conceitua a hipertensão arterial na gestação de acordo com os seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.
- O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

Segundo Herculano (2010), a hipertensão é uma das doenças mais comuns em grávidas, essa patologia aparece em 10% da população brasileira e o índice de mortalidade chega a 35%.

A hipertensão gestacional se diferencia da hipertensão crônica por ter começo e fim. A pressão da mulher eleva de 140/90 mmHg entre o período da 20ª semana de gestação e oito semanas após o parto. Sempre que possível recomenda-se uma vigilância maior com as mulheres que apresentam fatores predisponentes à Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), sendo feito o pré natal semanalmente ou dependendo do grau que a gestante seja internada para acompanhamento e cuidados diários (BRASIL, 2013).

A DHEG caracteriza-se pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial (LIMA; PAIVA; AMORIM, 2010).

5.1 Etiologia e Fisiopatologia

A etiologia da DHEG ainda é desconhecida, mas acredita-se que alguns fatores como aspectos imunológicos, predisposição genética, falha na placentação, anormalidades na coagulação, má adaptação circulatória, aumento da resistência vascular por constrição arteriolar generalizada, aumento na produção e na relação do tromboexano A2/PGI2 (prostaciclina), aumentando a vasoconstrição, a agregação plaquetária, a atividade uterina e a redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário possam ser desencadeadores (BORTOLOTTTO; BORTOLOTTTO; ZUGAIB, 2008).

A fisiopatologia depende da entidade analisada, da chamada “hipertensão arterial crônica” ou da hipertensão relacionada à gravidez. No caso da hipertensão arterial sistêmica prévia à gestação (ou detectada pela primeira vez na primeira metade da gravidez), os mecanismos fisiopatológicos são aqueles descritos para essa entidade fora do período gestacional (BORTOLOTTTO; BORTOLOTTTO; ZUGAIB, 2008, p.10).

A fisiopatologia da DHEG ocorre quando a pré-eclâmpsia leva a redução da perfusão renal, acarretando diminuição no fluxo plasmático renal efetivo e na taxa de filtração glomerular (ALVES, 2013).

Os níveis de uréia e creatinina podem estar aumentados. Observa-se aumento da concentração sérica de ácido úrico, explicado por menor filtração glomerular e maior reabsorção tubular. Este aumento da uremia tem relação proporcional à gravidade da doença e está relacionado ao pior prognóstico fetal, mesmo na ausência de proteinúria (BORTOLOTTTO; BORTOLOTTTO; ZUGAIB, 2008).

Em casos mais graves a vasoconstrição e a hipovolemia podem provocar lesões em túbulos renais. Já “no território uterino e placentário, a vaso constrição piora ainda mais a perfusão já prejudicada, podendo ocorrer, além da restrição do crescimento, sofrimento fetal e morte do concepto” (KLEIN *et al.* 2012, p.15).

Estudos hemodinâmicos mostram um sistema de baixo volume, alta pressão e alta resistência (MARTINS; REZENDE; VINHAS, 2003).

Segundo SOUZA (2011), a vasoconstrição generalizada, onde o fluxo plasmático renal e a filtração glomerular estão significativamente diminuídos, tendo uma

redução do fluxo sanguíneo uterino. Ocorre também uma perda da refratariedade à infusão de angiotensina II. Essas alterações evidenciam a diminuição na produção de prostaglandinas, prostaciclina e tromboxanos. Espasmos arteriolares causam falsificações circulatórias na parede vascular, amortizando a irrigação dos vasos, e logo ocorre um aumento da permeabilidade capilar chamada de efeito imediato e lesões do tipo esclerótica da parede vascular chamado de efeito tardio. O grau e a extensão das lesões causadas dependem da intensidade e do tempo de atuação do processo hipertensivo, quando instalada de forma lenta e progressiva, é observado a redução no fluxo sanguíneo e no consumo de oxigênio nos diversos órgãos atingidos.

Essas alterações podem ser renais, cardiovasculares, hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidroeletrólíticas e uteroplacentárias. Quando aparecem alguns sinais como menor excreção de estrógenos e pregnandiol, aumento extraordinariamente rápido do peso, maior excreção de gonadotrofina, ocorre uma resposta exagerada à vasopressina, à norepinefrina e angiotensina e o efeito pressor da angiotensina II é determinado por uma diminuição de resposta vascular. Esta refratariedade começa cedo na gravidez e em algumas mulheres enormes quantidades de angiotensina II são necessárias para produzir uma resposta pressora (MARTINS, 2003 *apud* SOUZA, 2011, sp.).

5.2 Fatores de Risco

Existem fatores que fazem com que uma mulher grávida tenha mais riscos que outras de desenvolver DHEG, dentre eles se destacam: primeira gestação, gestação na adolescência ou após os 35 anos de idade da mulher, nível sócioeconômico, acesso aos serviços de saúde, estado nutricional, história de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em familiares, raça negra, obesidade, doenças prévias como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005; ANGONESI; POLATO, 2007; BRASIL, 2013).

As trombofilias, adquiridas e hereditárias, também são mencionadas como fatores predisponentes das formas mais graves da DHEG (BORTOLOTTI; BORTOLOTTI; ZUGAIB, 2008).

Com menor evidência são observados os fatores de risco: “IMC > 25,8; idade materna maior do que 35 anos, uso de método anticoncepcional de barreira, aborto prévio, ganho excessivo de peso” (BRASIL, 2013, p.180).

É importante no acolhimento na atenção básica à saúde que estes fatores sejam investigados, por meio de uma escuta qualificada e de um exame clínico cuidadoso, pois o “diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais” (BRASIL, 2013, p.179).

5.3 Classificação da DHEG

A DHEG, segundo Bortolotto; Bortolotto e Zugaib (2008), pode ser classificada em pré-eclampsia e eclampsia.

A pré-eclampsia (ou ainda toxemia gravídica) é definida como o desenvolvimento de hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria (igual ou superior a 300 mg em urina de 24 horas) ocorrendo após a 20 a semana de gestação (excetuando-se os casos de moléstia trofoblástica gestacional, única situação em que se admite o aparecimento da pré-eclampsia antes desse período) (BORTOLOTTTO; BORTOLOTTTO; ZUGAIB, 2008, p.9).

Angonesi e Polato (2007) concordam com esta classificação: pré- eclampsia que é a forma não convulsiva e eclampsia que é caracterizada pelos episódios convulsivos.

Pouco se conhece sobre a etiologia da pré-eclâmpsia, embora esta continue sendo “uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais” (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Gadonski e Irigoven (2008), citando a Organização Mundial da Saúde (2005), informam que a pré-eclampsia ocorre em 2% a 3% de todas as gestações e que 60 mil mulheres, aproximadamente, morrem no mundo a cada ano por DHEG. Por outro lado, os autores salientam que apesar dos avanços na investigação desta doença, os resultados quanto às estratégias clínicas ainda não são efetivos. Segundo Noronha Neto; Souza e Amorim (2010), no Brasil a pré-eclampsia ocupa o primeiro lugar entre as causas da mortalidade materna e o terceiro no mundo.

Geralmente ela ocorre a partir da 20^a a 24^a semana de gravidez (NOVO; GIANINI, 2010).

Amaral e Peraçoli (2011) reforçam a importância de se identificar no pré-natal os fatores de risco da pré-eclâmpsia, o que possibilitaria promover uma vigilância mais cuidadosa, diagnosticando precocemente os primeiros sinais e/ou sintomas da doença, evitando o seu agravamento e conseqüentemente, reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal.

A eclâmpsia é considerada por Novo e Gianini (2010, p.210) como a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos entre as principais complicações da gravidez. É “uma manifestação convulsiva ou comatosa da pré-eclâmpsia” e caracteriza-se como uma intercorrência emergencial.

Há ainda a Síndrome HELLP que se caracteriza por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia, onde 2% das mulheres desenvolvem esta forma e 8% dos fetos vão a óbito decorrente da Síndrome (ANGONESI; POLATO, 2007).

5.4 Complicações da DHEG

As complicações decorrentes da doença hipertensiva constituem ao lado da infecção e da hemorragia, a principal causa de morte materna na maioria dos serviços especializados. A DHEG é acompanhada de proteinúria/ou edema (HERCULANO, 2010).

Para Angonesi e Polato (2007, p.243), estas complicações podem afetar

[...] os sistemas cardiovasculares, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário; tais como: descolamento da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intra-uterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a Síndrome de HELLP.

Além das complicações para a mãe, a DHEG pode afetar a criança, podendo levá-la ao óbito (óbito fetal intrauterino, óbito neonatal) ou deixar-lhe sequelas provocadas

pelo sofrimento fetal crônico e a prematuridade (LIMA; PAIVA; AMORIM, 2010; GONCALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

5.5 Ações da Equipe de Saúde da Família na DHEG

Peixoto, Martinez e Valle (2008) citam algumas estratégias de intervenções para a equipe de saúde e para o enfermeiro. Primeiramente a equipe deve tentar estabelecer um vínculo de confiabilidade com a gestante, oferecer um atendimento de qualidade, com recursos que até então não tinham sido oferecidos para a mesma. Facilitar acesso aos exames laboratoriais, dando prioridade a essa futura mãe. Cabe à equipe de saúde orientar as gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, vacinação (contra tétano e hepatite B), preparo para o parto e puerpério. Realizar, semanalmente ou quinzenalmente, atividades com grupos de gestantes, estimulando-as a participarem dos mesmos, destacando a importância de suas participações. Nestes encontros devem-se abordar temas de interesse das mesmas, como aleitamento materno, medicações, vacinação, orientações sobre a alimentação e a sua importância para a gestante e para o desenvolvimento fetal.

Quanto à alimentação, deve-se evitar gordura e frituras, restringir uso de sal, seguindo uma dieta balanceada com todos os nutrientes, vitaminas e sais minerais. Dar ênfase também à importância do auto cuidado, como o fazer repouso com as pernas elevadas, uso de sapatos de saltos baixos e confortáveis, roupas leves e folgadas, calcinhas de algodão com sustentação para evitar outras complicações; uso de meias elásticas indicadas para gestante. Orientar quanto aos cuidados com os seios, não passando cremes na aréola, ao uso do banho de sol nessa região e ao tomar banho passar uma bucha nos mamilos para fortalecê-los (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008; BRASIL, 2013).

É de grande importância a realização do cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e o fornecimento do Cartão da Gestante devidamente atualizado a cada consulta. Deve-se orientá-la quanto aos sinais e aos sintomas que possam

surgir durante a gravidez, e que providências que ela deve tomar; fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a aferição da pressão arterial (PA), diariamente, na Unidade Básica de Saúde (UBS). Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, reforçando o vínculo estabelecido entre as grávidas e a UBS, sendo de caráter integral e abrangente sobre a gestante, família e o contexto social (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008; BRASIL, 2013).

A equipe de saúde deve estar sempre atenta quanto às dúvidas que possam surgir e seus esclarecimentos, como também às emoções não reveladas expressamente. Neste sentido, para Martins *et al.* (2012, p.806), algumas abordagens no processo assistencial de enfermagem não consideram a cultura destas mulheres.

[...] fato que pode contribuir para a redução da compreensão das subjetividades envolvidas na vivência da hipertensão gestacional. As gestantes hipertensas são assistidas em um contexto onde a doença em si é prioridade, ainda que o fenômeno seja abordado, de alguma forma, sob o ponto de vista dos referenciais fenomenológicos e psicológicos. Por outro lado, os estudos revelam a preocupação dos enfermeiros em consolidar a enfermagem como ciência e também sua disponibilidade em conhecer e dialogar com estas clientes, de forma mais próxima às suas vivências pessoais.

O enfermeiro atua investigando os casos predisponentes para a DHEG em nível de consulta pré-natal. Por meio de resultados obtidos, elaboram-se planos assistenciais que possibilitem a redução das manifestações clínicas, visando a promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento específico (SILVEIRA; ANDRADE, 2008).

Segundo Souza (2011), a prevenção da DHEG se dá quando a gestante assume a responsabilidade de atentar para sua saúde, que faz o pré-natal e sabe reconhecer as alterações que necessitam de avaliação, e isso permitirá o diagnóstico e o tratamento antes que as formas clínicas se instalem e as complicações ocorram. Mas isso só vai acontecer quando o enfermeiro for atuante no pré-natal, no planejamento familiar, nos grupos com pessoas portadoras de hipertensão, de diabetes e em outras ações educativas. É importante que isso seja feito numa relação de confiança mútua entre equipe e gestante, tendo como foco a prevenção da DHEG e quanto isto não for possível, dê ênfase ao controle e alerta das alterações.

Em alguns casos não é possível o enfermeiro trabalhar com prevenção da DHEG, no caso dos pré-natais tardios ou ausência dos mesmos, mas o enfermeiro é um educador; e é seu dever conscientizar a gestante que seu tratamento se estende até sua casa, e não só na Unidade Básica de Saúde e que a necessidade de mudança no estilo de vida vai ser fundamental para a sua gestação ir a termo.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações, no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007, p.478).

Amaral e Peraçoli (2011, p.154) enfatizam a existência de uma “estreita relação entre os índices de mortalidade materna e desenvolvimento social, econômico e cultural de uma região”

Por outro lado, Reis, Pepe e Caetano (2011, p.1140) alertam que atualmente não se pode reduzir a mortalidade materna a uma questão de desenvolvimento, pois há que se atentar para uma visão mais ampla do problema, ou seja: “ela está relacionada à cidadania, aos direitos da cidadania e, sobretudo, deve ser vista como uma questão de direitos humanos”.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

De acordo com o diagnóstico situacional, a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Pedra do Anta - MG identificou como problema principal o grande número de hipertensos sem controle na população adscrita. Esta situação aumenta o risco de complicações cardiovasculares e aponta para a necessidade de melhorar a adesão e a permanência da população no tratamento e na prevenção da HAS com o objetivo de evitar as complicações. Para elaborar o plano de intervenção, priorizou-se a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

Após a descrição e caracterização dos problemas foram explicados os determinantes mais gerais que levam a hipertensão arterial na gestação que são: desenvolvimento econômico e social baixo, políticas públicas, hábitos e estilo de vida ruim, pressão social, causas genéticas e resposta do sistema de saúde.

Também tem como determinantes as propostas para enfrentamento dos problemas, como apoio ao diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência, capacitação de pessoal, melhora do acompanhamento de risco e agravos entre outros.

Realizou-se a seleção dos “nós críticos” das situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação em hábitos de vida tais como: sedentarismo, desconhecimento sobre riscos e agravos, obesidade, além do processo trabalho da equipe de saúde.

Em seguida, descrevemos as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, produtos e resultados para cada operação definida, identificando os recursos necessários para a concretização das ações.

Após isso, foram identificados os recursos críticos, como hábitos alimentares e estilo de vida ruim, recursos organizacionais, cognitivos e financeiros; estrutura dos serviços de saúde, recursos políticos e financeiros; desconhecimento sobre riscos e agravos, recursos cognitivos e organizacionais; processo de trabalho da equipe de saúde, recursos cognitivos e políticos.

Portanto não controlamos todos os recursos necessários para a execução do plano, sendo preciso a identificação de atores, sendo eles: serviço social, Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal, Fundo Nacional de Saúde, Secretária da Educação, Secretária Municipal de Saúde e Centro Viva-Vida para cada projeto.

Então fizemos reuniões com os membros da equipe e definimos os prazos para a realização de cada projeto.

Tais etapas estão apresentadas nos quadros de 1 a 5.

Quadro 1 - Operação para os “nós críticos” do problema: gestantes que apresentam Doença Hipertensiva Específica da Gestação no município de Pedra do Anta - MG.

Nós críticos	Operação
Hábitos alimentares e estilos de vida ruins	Melhorar hábitos e estilo de vida da população
Estrutura deficitária dos serviços de saúde	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento as gestantes com hipertensão e doença cardiovascular.
Desconhecimento da população sobre riscos e agravos da DHEG	Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos para gestantes com Hipertensão Arterial.
Processo de trabalho equipe de saúde não efetivo	Aperfeiçoar o plano de cuidado das gestantes de alto risco e encaminhá-las ao Centro VIVA VIDA (equipe multiprofissional) com referência e contrarreferência.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento da operação dos problemas para Hipertensão Arterial Sistêmica em gestante no Município de Pedra do Anta - MG

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Operações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Hábitos Alimentares e estilo de vida ruim. Melhorar hábitos e estilo de vida da população.</p>	<p>Organizacional: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: conseguir recursos para folhetos educativos e carro com som para divulgação.</p>	<p>Equipe saúde da família Secretária municipal de saúde</p>	Favorável.	<p>Apresentar projeto para a equipe; Estruturação das redes.</p>
<p>Estrutura dos serviços de saúde. Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento ao hipertenso.</p>	<p>Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: aumentar a oferta de medicamento.</p>	<p>Prefeitura municipal Secretária municipal de saúde.</p>	Desfavorável.	<p>Apresentar projeto para a equipe e comunidade. Estruturação das redes.</p>
<p>Desconhecimento sobre riscos e agravos. Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema abordado. Organizacional: organização da agenda e parceria com o setor da educação.</p>	<p>Prefeitura municipal. Secretária municipal de saúde.</p>	Favorável.	<p>Apresentar projeto para a equipe e comunidade. Estruturação das redes.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde Aperfeiçoar o plano de cuidado a gestante hipertensa com encaminhamento para o Centro VIVA VIDA (equipe multiprofissional) com referência e contrarreferência.</p>	<p>Cognitivo: aperfeiçoamento do plano de cuidado. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>Prefeitura municipal Secretária municipal de saúde.</p>	Favorável.	<p>Apresentar projeto para a equipe e comunidade; Estruturação das redes.</p>

Quadro 3 - Plano Operativo, relacionado à adesão ao tratamento de gestantes com DHEG em no município de Pedra do Anta - MG

Projeto	Resultados	Pro Endemias e epidemias de gestantes	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Melhorar hábitos e estilo de vida da população.	Reduzir em um ano 20% das pessoas obesas, tabagista e sedentária. Aumentar em 100% a adesão ao tratamento medicamentoso.	Programa de caminhada acompanhada, campanhas educativas, grupos de gestantes hipertensas ou não.	Realização de ações educativas em pontos estratégicos da área de abrangência.	Equipe saúde da família; Secretária municipal de saúde.	Dois meses
Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento ao hipertenso e diabético portador de doença cardiovascular	Automóvel para ter acesso aos clientes da zona rural, fornecimento para 100% dos hipertensos e diabéticos.	Disponibilização de um automóvel para ter acesso aos clientes da zona rural, capacitação de pessoal, compra de medicamento, fornecimento de um aparelho de data show.	Realizar um projeto para melhoria do serviço.	Equipe saúde da família; Secretária municipal de saúde.	Três meses para realização do projeto e um mês para início das atividades.
Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos para a Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre riscos e agravos para a gestante com Hipertensão Arterial.	Programa de saúde escolar, capacitação de agentes comunitários de saúde e cuidadores, campanhas educativas.	Realização de campanhas educativas.	Equipe saúde da família; Secretária municipal de saúde.	Início em um mês e avaliação a cada semestre.
Aperfeiçoar o plano de cuidado as mulheres grávidas.	Diminuição em 80% de complicações de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e redução no número de óbitos em gestantes.	Plano de cuidado para hipertensos Aperfeiçoado, protocolos implantado.		Equipe saúde da família; Secretária municipal de saúde.	Um mês para aperfeiçoamento do plano de cuidado e seis meses para implantação do protocolo.

Quadro 4 Cronograma de Execução do Plano Operativo para o ano de 2015

Ações	Meses			
	Jul	Ago	Set	Out
Atividades				
Reunião com os profissionais (ACS) envolvidos no projeto	X			
Definição de como será conduzida a atividade	X			
Organização dos materiais que serão utilizados		X		
Convidar os participantes			X	
Organização da sala onde ocorrerá a atividade				X
Realização da atividade de conscientização				X
Avaliação				X

Gestão e Acompanhamento

Para finalizar, fizemos uma planilha para acompanhamento do projeto com produtos, responsáveis, prazo, situação atual, justificativa e novo prazo.

Quadro 5 - Planilha de acompanhamento do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Visitas domiciliar com foco nas mulheres em idade fértil	Enfermeiro das ESF 1e 2	Início em 6 meses	Projeto em fase de implantação		Dentro do prazo
Campanha educativa nas escolas e igrejas	Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	Início em 6 meses	Projeto em fase de elaboração		Dentro do prazo
Capacitação das equipes de saúde	Enfermeiros da ESF e UBS	Início em 6 meses	Projeto em fase de implantação		Dentro do prazo
Programa de vigilância dos agravos da HA	Médicos e Enfermeiros da ESF	Início em 8 meses	Projeto em fase de implantação	Troca de equipes	Dentro do prazo
Monitorar semanalmente as gestantes	Enfermeiros e técnicos da enfermagem da ESF	Início em 8 meses	Projeto em fase de implantação	Troca de equipes	Dentro do prazo
Criar-se um grupo de gestantes com palestras, panfletos	Enfermeiros da ESF, Nutricionista do NASF	Início em 6 meses	Projeto em fase de implantação	Troca de equipes	Dentro do prazo
Avaliação do grupo de gestante	NASF	Início em 6 meses	Projeto em fase de implantação	Troca de equipes	Dentro do prazo

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica enfatizou a doença hipertensiva específica da gestação como um problema sério de saúde, principalmente, para as mulheres e seus filhos. Por outro lado evidenciou a necessidade de aprimorar as medidas de prevenção desta doença e suas complicações por meio de ações planejadas pela equipe de saúde, principalmente na atenção básica.

Destacou-se também o acolhimento da gestante na estratégia saúde da família por meio de uma escuta qualificada e de um exame clínico cuidadoso para que os fatores de riscos possam ser identificados e trabalhados durante o pré-natal.

Este estudo reforçou a importância do diagnóstico situacional de saúde elaborado pela equipe de saúde, identificando os problemas de saúde de sua área de abrangência para o planejamento das ações de enfrentamento dos mesmos.

Com esta proposta espera-se diminuir o número de casos de gestantes com DHEG e suas complicações, possibilitando a transferência de informação para a população e a construção do conhecimento sobre a doença evitando suas complicações.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. A. Emergências Hipertensivas na Gravidez. **Rev Bras Hipertens**, v. 20, n.4, 173-179, 2013. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/revista/20-4.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. **Com. Ciências Saúde**, v.22, Sup 1: S161-S168, 2011.

ANGONESI, J.; POLATO, A.. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **RBAC**, v.39, n.4, p.243-245, 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/rbac/009/121.pdf>. Acesso em: 30 out. 2014.

BORTOLOTTTO, M. R. de F. L.; BORTOLOTTTO, L. A.; ZUGAIB, M.. Hipertensão e gravidez: fisiopatologia. **Hipertensão**, v.11, n.1, p.9-13, 2008. Disponível em: http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1_2008.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) ISBN 978-85-334-2043-4

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 out. 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

GADONSKI, G.; IRIGOVEN, M. C. C. Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. **Hipertensão**, v.11, n.1, p.4-8, 2008. Disponível em: http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1_2008.pdf. Acesso em: 20 abr. 2015.

GONCALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** [online]. v. 58, n.1, p. 61-64, 2005.

HERCULANO, M. M. S.. **Avaliação da assistência pré-natal de mulheres com síndrome hipertensiva gestacional**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal

do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará, 2010. 97p.

KLEIN, C. de J. *et al.*. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Revista da AMRIGS**, v.56, n.1, p.11-16, jan.-mar. 2012.

LIMA, E. M. A.; PAIVA, L. F.; AMORIM, R. K. F. C. C. 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.**, v.28, n.2, p.151-3, 2010.

MARTINS, C. A.; REZENDE, L. P. R. de; VINHAS, D. C. S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n.1, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

MARTINS, J. A. P.. **Patologia Obstétrica**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MARTINS, M.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. M.; COSTA, R.. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.46, n.4, p.802-808, 2012.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R.. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.32, n.9, p.459-468, 2010.

NOVO, J. L. V. G.; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.10, n.2, p.209-217, 2010.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde**, v.3, n.1, p.208-222, 2008. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3%281%29208a222.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

REINERS, A. A. O.; DIÓZ, M.; TEIXEIRA, N. Z. F.; GONÇALVES, P. M. da S.. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.2, p.232-237, abr./jun., 2009.

REIS, L. G. da C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R.. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis** [online], v.21, n.3, p.1139-1160, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/20.pdf> Acesso em: 30 out. 2014.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C.. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.12, n.2, p.477-486, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf> Acesso em: 30 out. 2014.

SILVEIRA, A. C.; ANDRADE, M. Atuação do enfermeiro na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.1.p.25-27, 2008. <http://www.uff.br/promocaodasaude/DHEG.2003.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.89, n..3, p.24-79, 2007.

SOUZA, F. L. de. Atuação do enfermeiro frente à prevenção da doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). 2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/atuacao-do-enfermeiro-frente-a-prevencao-da-doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg/58572/> Acesso em: 26 ago. 2014.

SOUZA, G. S. de; ALMEIDA, D. M. A. de; VERSIANI, C. de C.; ALVES, C. dos R.. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG): uma revisão integrativa. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 19, n.195, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd195/doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez.htm>. Acesso em: 21 out. 2014.