

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MANUEL HUGO FELPETO FUENTES

**COMPORTAMENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE FATORES DE
RISCO NA GESTANTE PRE-ECLAMPSIA E ECLAMPSIA NO POSTO
SAÚDE FAMÍLIA DE SÃO DOMINGO- ANO 2014**

MANUELHUGO FELPETO FUENTES

**GOVERNADOR VALADARES / MG
2015**

MANUEL HUGO FELPETO FUENTES

COMPORTAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE FATORES DE RISCO NA GESTANTE PRE-CLAMSIA E ECLAMSIA DE POSTO DE SAUDE DE SÃO DOMINGO- ANO 2014

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

Orientadora: Profa. Dra Selme Silqueira Matos

GOVERNADOR VALADARES / MG

FOLHA DE APROVAÇÃO

MANUEL HUGO FELPETO FUENTES

COMPORTAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE FATORES DE RISCO NA GESTANTE PRE-ECLAMSIA E ECLAMSIA NO POSTO SAUDE FAMILIA DE SÃO DOMINGO, ANO 2014

Examinador 1: Profa Dra Selme Silqueira de Matos

Examinador 2 – Profa Ms.Eulita Maria Barcelos

DEDICATÓRIA

A meus pais pelo exemplo e dedicação

A minha esposa e filha motoras do impulso de todo meu trabalho. Perdi a oportunidade de vivenciar momentos lindos e poder ficar junto a elas.

AGRADECIMENTOS

A meus amigos, que hoje são irmãos, em especial Lea Mendes e Gloria sua mãe lembranças delas para toda nossa vida, por estarmos longe de nossa terra.

A minha orientadora Prof^a Dra Selme Silqueira de Matos pela orientação desse estudo.

A todos aqueles que contribuíram para concluir o curso .

Muito obrigado!

EPIÍGRAFE

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas, por serem portadoras de doenças que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período.

Para atender às necessidades desse segmento, os estados estão recebendo assessoria técnica e recursos financeiros com o objetivo de desenvolver projetos de reorganização dos sistemas de atenção à gestação de risco.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco que o Ministério da Saúde vem esclarecer procedimentos e contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde em todo o Brasil. (Brasília, 2000).

JOSÉ SERRA

Ministro da Saúde/2000

RESUMO

No período compreendido entre Janeiro 2014 a Dezembro 2014, estudo prévio no Posto de Saúde de São Domingo em Coronel Fabriciano-Minas Gerais, caracterizou a população e, segundo as variáveis biológicas estudadas, identificou a influência dos fatores de risco na hipertensão arterial em gestantes. A incidência total das gestantes com doença hipertensiva e com um índice de massa corporal (sobrepeso) foram responsáveis por 37,5% e 37,5% de obesas. Pode-se deduzir que o excesso de peso estava relacionado com o transtorno hipertensivo da gestação. Em relação a idade 50% ou (04 pacientes) tinham menos de 20 anos de idade. O grupo de idade mais afetado foi o precoce, em que as gestantes com antecedentes patológicos de hipertensão e transtorno hipertensivo apresentaram hipertensão transitória.

Com esse diagnóstico, o presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção com vistas a controlar os fatores de risco associados à hipertensão arterial na gravidez e redução da mortalidade materno infantil. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os 10 passos descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Hipertensão .Gravidez de Alto Risco. Gestante

ABSTRACT

In the period between January 2014 to December 2014, previous study in health area Sunday in Coronel Fabriciano-MinasGerais, characterized the population and, according to the biological variables studied, identified the influence of risk factors on hypertension in pregnant women. The total incidence of pregnant woman with hypertensive disease and a body mass index (weight) accounted for 37,5% and 37,5% of obese. You can deduct that excess weight was related to hypertensive disorder of pregnancy. About age 50% or (04) patients had less than 20 years old. The age group most affected was the early, in which pregnant woman with a history of hypertension and hypertensive disorder disease showed transient hypertension. With this diagnosis, the present study aimed to develop and intervention Project aimed at controlling the risk factors associated with hypertension in pregnancy and maternal mortality reduction. We used the method of Situational Strategic (PES) following the 10 steps in planning and evaluation of health actions of the Especilization Course in the Family Health Strategy.

Key words: Hypertension .High Risk .Pregnant.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDN	Base de Dados Nacional
CESAM	Centro de Socialização de Saúde Mental
HA	Hipertensão Arterial
HIE	Hipertensão Induzida à Gravidez
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPS	Núcleo Especializado em Programas de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido
SIAB	Sistema de Informação da atenção Básica
THG	Transtorno Hipertensivo da Gravidez

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2-JUSTIFICATIVA.....	14
3-OBJETIVOS.....	15
4-MÉTODO.....	16
5-REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6-PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O município de Coronel Fabriciano está localizado na região do Vale do Aço Minas Gerais. A população é de 108 000 habitantes em 2014 e ocupa área de 221,049km², com uma densidade populacional de 469,1 hab./km² (IBGE, 2014).

O surgimento de Coronel Fabriciano, como núcleo urbano, começou no início da década de 1920, com o reinício dos trabalhos de construção do trecho local da Estrada de Ferro Vitória Minas. As obras haviam sido paralisadas em 1914, na localidade de Cachoeira Escura, município de Belo Oriente, em virtude da eclosão da Primeira Guerra Mundial. A partir de 1919, retornaram as obras, chegando a Coronel Fabriciano em 1922. Assim, no dia sete de julho de 1924, foi inaugurada a estação do Calado, que começava a tornar-se um povoado.

Em 27 de dezembro de 1948, depois de um longo processo na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, foi assinada a Lei nº. 336, criando o município de Coronel Fabriciano, abrangendo os povoados de Timóteo, Barra Alegre e Ipatinga. A instalação oficial deu-se no dia 1º de janeiro de 1949.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal era de 0,789, sendo o 71º maior de todo o estado de Minas Gerais no ano 2011 a cidade também possuía a maioria dos indicadores próximos à média nacional segundo o PNUD (BRASIL, 2011).

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa). O 93% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água e 81% da população possui escoadouro sanitário. A água extraída para o suprimento da região do Vale do Aço vem de um aquífero aluvionar localizado no subsolo-(IBGE, 2014).

Na área de abrangência do bairro São Domingos no ano de 2010 possui famílias em situação de moradia precária, 213 habitações em casas de cômodos ou cortiço. Do total de domicílios, poucos eram próprios; 116 próprios em aquisição e maioria eram alugados, região periferia (IBGE, 2014).

Com relação à educação o município conta com 87 escolas nas redes públicas e particulares. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,880 no ano de 2000 (classificado como elevado), enquanto que o do Brasil era de 0,849. No Município tem 02 hospitais e 03 clínicas privadas, com 6 laboratórios onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura. Nas especialidades odontológicas contamos com 20 consultórios odontológicos, destes, 09 são instalados em Unidades de Atenção Primária à Saúde, 10 em escolas municipais /estaduais; 01 na APAE; 01 Centro de Especialidades Odontológicas com 04 consultórios instalados, atendendo às especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes especiais e prótese (DATASUS, 2014).

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ainda está em implantação no município, pelo número de equipes de ESF serão implantados 03 NASF. A rede de saúde do município é composta por treze Unidades de Atenção Primária à Saúde; dezesseis equipes de Saúde da Família. Também tem um CEPS (Centro de Especialidades), com atendimentos de ginecologia, mastologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, urologia, dermatologia; CASAM (Centro de Atendimento ao paciente com a Saúde Mental debilitada) com atendimentos de psicólogos, psiquiatras, e assistentes sociais; NEPS (Núcleo Especializados em Programas de Saúde) com atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: tuberculose e hanseníase; Fisioterapia (DATASUS, 2014).

A Secretaria Municipal de Saúde conta com um quadro de funcionários com um total de 776 profissionais, sendo estes em sua maioria contratados via concurso público (carga horária de 40h/semanais) e processo seletivo (30h/semanais), trabalhando, 8h/dia dentro do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde 07h00min as 19h00min horas (DATASUS, 2014).

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município incrementou no final de 2012, ações para controle os pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes, tuberculose e casos de dengue, de acordo com os dados do SIAB (SIAB, 2012).

Em no ano 2014 houve altos índices de gravidez com doenças crônicas associadas, entre as mais frequentes destacou-se a hipertensão na gestação; da mesma forma comportou se na Unidade Básica de São Domingo.

A unidade conta com um quadro total de 35 Funcionários (um médico pediatra, 01 médico clínico, 02 médicos da ESF, 02 enfermeiros, 01 dentista pediátrico e 01 secretária 01 dentista e 01 secretária, 02 técnicos de enfermagem ESF e 04 técnicos de enfermagem contratados, 12 ACS, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 02 auxiliares administrativo, 01 supervisor, 02 auxiliares de serviços gerais, ambos com horário de trabalho de 07:00 as 17:00 horas.

Na área de abrangência temos um total de 152 famílias cadastradas. Segundo dados de cadastro familiar do censo, dezembro 2014. A principal causa de internação na gestante ano 2014 em Posto de saúde São domingo foi do pré-clamsia e diabetes. Estes transtornos hipertensivos são as complicações mais frequentes da gravidez afetando 5% a 10% de a gravidez e causam cerca de 15% da mortalidade materna. Em torno de 30% dos transtornos hipertensivos de gravidez se devem a hipertensão crônica e 70% a hipertensão gestacional pré-eclâmpsia e hipertensão leve e esporádica.

2- JUSTIFICATIVA

Os transtornos hipertensivos constituem um problema de saúde, e primeira causa de morte materna nos países desenvolvidos e a terceira causa nos países em vias de desenvolvimento, no qual representam 4 mortes x 100 000 nascimentos e 150 a mais mortes x 100 000 nascimentos, respectivamente. São também causas de morte fetal neonatal, assim como de recém-nascido (RN) com baixo peso ao nascer, hipóxico, com Apgar e baixo e prematuro (BRASIL–2007). Um levantamento realizado no município de Coronel Fabriciano demonstra que a Razão da Mortalidade Materna (RMM), em 2013, foi 166 por 100000 nascidos vivos, valor muito acima do preconizado pela OMS. Os principais motivos de registro de mortalidade materna são doenças associadas durante o pré-natal e o parto, o que pode agravar a saúde da mãe e da criança. Em 2014 na Unidade de Saúde de São Domingo foi realizada uma reunião com todos os membros da equipe da saúde –onde foram identificados os problemas dentre deles sobressaiu os altos índices de gravidez associada a hipertensão arterial sistêmica na gestação.

Este fato nos despertou para elaborar o projeto de Intervenção com o objetivo de controlar os fatores de risco associados à hipertensão na gravidez, no período compreendido entre Janeiro 2014 a Dezembro 2014, com vistas a redução da mortalidade materno infantil.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a controlar os fatores de risco associados à hipertensão arterial na gravidez e redução da mortalidade materno infantil.

4- METODOLOGIA

Utilizamos o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) em seus momentos explicativo, normativo, estratégico e tático operacional. Desse modo, ao elaborar o projeto de Intervenção foram utilizados os 10 passos do PES descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família de autoria de Campos; Faria e Santos, (2010) sintetizados a seguir:

- 1º Passo: definição dos problemas
- 2º Passo: priorização dos problemas, de acordo com os critérios: a importância do problema, sua urgência, se a equipe é capaz de enfrentá-lo, enumerá-los de acordo com as prioridades-
- 3º Passo: descrição do problema selecionado de acordo com a sua dimensão.
- 4º Passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- 5º Passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- 6º Passo: desenho das operações (descrever as operações, os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- 7º Passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- 8º Passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, a fim de mudar sua posição);
- 9º Passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- 10º Passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Foram realizadas também, pesquisas a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), site eletrônico do DATASUS, bem como levantamento de dados em relação ao problema pelo método da estimativa rápida, dentre outros.

- I. Foram utilizadas em sua grande maioria as publicações dos últimos 12 anos e publicadas em português, obtidas por meio da busca no

portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific_Electronic Library Online (Scielo), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON, 2010).

Após a revisão de literatura , elaborou-se um plano de intervenção subsidiado no no PES.

5 REVISÃO DA LITERATURA

“A Hipertensão arterial é definida como pressão sistólica maior ou igual a 140/90mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.5).

Quadro 1. Classificação da pressão arterial sistólica e diastólica, em indivíduos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 -139	85 –89
Hipertensão estágio 1	140 -159	90 –99
Hipertensão estágio 2	160 -179	100 –109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010).

Os fatores de risco para a hipertensão arterial são:

➤ **obesidade**

O excesso peso é um fator predisponente para hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão podem ser explicadas pelo excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso (BRASIL, 2007).

➤ **Sedentarismo**

Os indivíduos sedentários possuem maior chance de apresentarem o fator de risco para hipertensão arterial em comparação aos ativos (BERNARDO *et al* ,2013).

Os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos contribuíram para modificar os hábitos de vida de grande parte da população. Esses avanços trouxeram vários benefícios, mas favoreceram a inatividade física e o aumento do peso corporal, contribuindo para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial e a obesidade (SILVA *et al*,2013).

Para o Ministério de Saúde, a meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25kg/m e circunferência da cintura inferior a 102 cm² para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2013,p.134).

➤ **Alimentação**

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4g/d, e equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras, legumes e cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas trans. e colesterol, mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2007).

Conforme observado no estudo de Figueiredo e Asakura (2010), a principal dificuldade encontrada no tratamento da HAS é a adoção de uma dieta hipossódica. O consumo de alimentos industrializados com grande quantidade de sódio está presente na vida dos brasileiros.

Groto (2011) identificou que, para hipertensos, a alimentação saudável esta relacionada com baixa ingestão de sódio, entretanto não a há associação ao consumo de frutas, verduras e legumes.

➤ **Bebidas Alcoólicas**

A relação entre o alto consumo de bebidas alcoólicas e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

• **Tabagismo**

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por monetarização ambulatorial da pressão (MAPA), a pressão arterial sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamentos e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

- Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez:

- ✓ Hipertensão crônica

Observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.

- ✓ Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, Plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. (MOURA, *et al* 2011).

Um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15 mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90 mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30 mmHg na sistólica ou 15 mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais atenta, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6 mg/dl).

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/menor que 110 mmHg
- Proteinúria igual/menor que 2,0 g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500 ml/dia, ou 25 ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)

- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. (MOURA, *et al* 2011).

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas $<100.000/mm^3$) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas. (MOURA, *et al* 2011).

Hipertensão gestacional (sem proteinúria) Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia.

(1) hipertensão transitória da gravidez: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou

(2) hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto.

O edema ocorre com muita frequência em gestantes e por isso não deve ser usado como discriminador neste esquema de classificação.

No caso específico das gestantes, objeto desse estudo, a pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consistentemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas. (MOURA, *et al* 2011).

Para a medida da pressão arterial, deve-se dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio ou aneroides calibrados. Os aparelhos automáticos (digitais) só devem ser utilizados se forem corretamente validados para uso em pré-eclâmpsia. Segundo Normas de ginecologia e obstetrícia (BRASIL, 2012).

- Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez se baseia na classificação. Em algumas situações outras investigações devem ser realizadas para contribuir para um maior esclarecimento:

1- Gestantes de alto risco que apresentam pressão arterial normal:

- História de aumento da pressão antes da concepção ou em gestação prévia, especialmente antes de 34 semanas;
- Diabetes, doença do colágeno ou doença renal vascular ou parenquimatosa;
- Mulheres com gestação múltipla.

Realizar precocemente na gravidez para comparação posterior: hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, ácido úrico. A presença de proteinúria 1+ ou mais em amostra única de urina deve ser seguida de uma determinação da proteinúria de 24 horas e cálculo do clearance de creatinina. Nestas gestantes também deve ser realizada uma datação acurada da idade gestacional, de preferência com ultrassonografia precoce. Deve-se realizar ainda um exame de ultrassonografia adicional com 25 – 28 semanas para avaliação do crescimento fetal. (BRASIL, 2012).

2- Gestantes que apresentam hipertensão antes de 20 semanas de gestação

A maioria destas gestantes têm ou irá desenvolver hipertensão essencial. Mulheres jovens com hipertensão preexistente ou gestacional precoce devem ser submetidas à avaliação de hipertensão secundária (doença renal, hipertensão renovascular, aldosteronismo primário, síndrome de Cushing e feocromocitoma). Deve-se realizar os mesmos exames acima descritos. (MOURA, *et al* 2011).

3-Gestantes que apresentam hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentam agravamento de hipertensão prévia

Os exames laboratoriais e a justificativa para realizá-los de duas em duas semanas ou mais frequentemente são critérios clínicos que levam à hospitalização da gestante. Servem para distinguir a pré-eclâmpsia da hipertensão crônica, assim como para avaliar o progresso e a gravidade da doença. Em mulheres com pré-eclâmpsia, uma ou mais anormalidades podem estar presentes mesmo quando a elevação da pressão arterial for mínima.

✓ **Conduta nas síndromes hipertensivas da gravidez**

-Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

A presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a pressão começar a aumentar, a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. Assim que se tiver o diagnóstico (ver classificação), a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional. (MOURA, *et al* 2011).

-Pré-eclâmpsia leve.

As gestantes com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta nomosódica e repouso relativo.

-Na avaliação das condições maternas deve constar:

- PA de 4/4h durante o dia;
- Pesagem diária;
- Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia:
 - Cefaleia frontal ou occipital persistente;
 - Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose);
 - Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhada ou não de náuseas e vômitos;
- Hiper-reflexia;

- Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas;
- Hematócrito e plaquetas;
- Provas de função renal e hepática.

Não há necessidade de tratamento medicamentoso.

-Avaliação das condições fetais:

- Contagem de movimentos fetais diariamente.
- Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas.
- Cardiotocografia basal (CTB), se disponível. Se a CTB for reativa, repetir semanalmente.
- A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta.

- Nas gestações pré-termo, o controle ambulatorial pode ser iniciado após a hospitalização se confirmadas condições materno-fetais estáveis, com as seguintes recomendações:

- Consultas semanais;
- Repouso relativo (evitar grandes esforços);
- pesar diariamente pela manhã;
- Proteinúria na fita semanalmente pela manhã;
- medir a pressão arterial pelo menos uma vez ao dia.

A presença dos seguintes sinais e sintomas demanda retorno imediato ao hospital:

- PA \geq 150/100mmHg;
- Proteinúria na fita ++ ou mais;
- Aumento exagerado de peso;
- Cefaléia grave e persistente.
- Dor abdominal persistente, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito;
- Sangramento vaginal;
- Presença de contrações uterinas regulares;
- Presença de distúrbios visuais como diplopia, fotofobia, escotomas etc.;
- Náusea ou vômitos persistentes;
- Diminuição dos movimentos fetais.

-Indicações para o parto

A antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia.

Uso de medicação anti-hipertensiva para manter a pressão entre 140/90 e 150/100mmHg:

(Alfametildopa até 2g, associada a Nifedipina, ou Betabloqueador, ou Hidralazina).

As drogas mais usadas para o tratamento da hipertensão crônica na gravidez, com suas respectivas dosagens e efeitos colaterais.

Tratamento da hipertensão crônica durante a gravidez

Medicação Dose usual Efeitos colaterais Comentários.

Metildopa 250–2.000mg dividida em até 4 X /dia. Hipotensão postural, sonolência, retenção hídrica. Uso frequente para hipertensão na gravidez. Potência leve.

Hidralazina 10, 25, 50, 100mg 2-4 X/dia até o máximo de 400mg/dia. Cefaleia, palpitações, síndrome tipo lúpus. Utilizada para controle de curto prazo. Nifedipina 30-60 mg/dia inicial. Máximo 120mg/dia. Cefaleia, fadiga, tontura, edema periférico, constipação. Quanto mais elevada a hipertensão, maior o efeito (BRASIL 2012)

Para Rigol(2004)é muito importante em atenção primária avaliar e considerar os fatores de risco para desenvolver uma hipertensão gestacional:

- 1- Primigestas
- 2- Antecedentes familiares de pré-eclâmpsia/eclampsia
- 3- Antecedentes pessoais de pré-eclâmpsia/eclampsia
- 4- Gestações multiplex
- 5- Hipertensões arteriais crônicas, neuropatia, lúpus, diabetes.
- 6- Mudanças de parceiro.

5.1 Prevenção

Quando falamos prevenção não podemos referir a um término absoluto, dado o caráter imperecível que tem esta doença, mas podemos usar medidas que evitem a mãe e a criança os extremos, mais graves(CUBA, 2007)

No primeiro controle pré-natal deve investigar a história de hipertensão anterior materna em gravidez anterior, a hipertensão familiar, adolescente, mulher maior 40 anos, primigesta, múltipara, período intergenérico curto, má nutrição, sobrepeso,

analfabetismo são fatores de risco que podem contribuir para desenvolver uma hipertensão gestacional (CUBA, 2007).

Perguntar sobre os sintomas: cefaléia, dor epigástrica. Observar curva de peso, olhar edemas, curvas de cifras de pressão arterial.

Medida preventiva: manter uma alimentação adequada, com administração de sulfato ferroso, ácido fólico, uma ingestão de sal adequada, de cálcio.

Conduta: encaminhamento para hospital obstétrico e acompanhamento em consulta de alto risco e solicitação dos exames necessários.

5.2 Tratamentos

❖ Farmacológico

- 1- Betabloqueador: Atenolol 50-150 mg/dia.
- 2- Anticálcico: Nifedipina 30-120 mg/dia.
- 3- Alfa metildopa: 750 mg a 2 g/dia.
- 4- Hidrazina: 25 mg de 1 a 4 vezes al dia.
- 5- Sedação: pode utilizar em caso de pacientes ansiosas o com insônia.

❖ Tratamento obstétrico

-Vigilância obstétrica habitual diária.

-Avaliação do estado feto-placentário pelos métodos disponíveis. Conduta expectante até que a gestação chegue ao término, sempre que não exista agravamento da pressão arterial. Avaliar a interrupção de gestação o benefício materno fetal, individualizando cada caso (CUBA,2007).

5A hipertensão durante a gestação

O desempenho do Brasil na redução da mortalidade materna foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, embora o país ainda enfrente grandes desafios para alcançar a meta A. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. O alcance da meta B, contudo, está muito próximo. (MOURA, *et al* 2011).

Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde, sendo que cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais. (ODM 2014,p.)

O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5) busca melhorar a saúde materna. De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, a despeito da redução ocorrida desde 1990, o mundo não alcançará a meta até 2015.

.Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2010.

Na América Latina, que apresenta uma situação consideravelmente melhor, o percentual de queda foi semelhante, passando de 130 para 72 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos.

A meta B também não será alcançada, pois a porcentagem de partos atendidos por profissionais de saúde treinados – um dos seus principais indicadores – era de aproximadamente 66% no mundo em desenvolvimento em 2011, e apenas 51% das gestantes realizavam ao menos quatro consultas de pré-natal. (DMS 5,2014) (DMS5,2015).

A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma importante complicação da gestação, estando entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal em especial em países em desenvolvimento.

Os dados do Ministério da Saúde mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna no país, sendo responsável por cerca de 35% dos óbitos com uma taxa de 140 - 160 mortes maternas/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012).

A mortalidade infantil por causas originárias do período perinatal vem aumentando no Brasil. Sabe-se que esses óbitos são prevê níveis em sua maioria, mas para tal é necessária participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter resultados satisfatórios. Isso foi possível pela ação organizada, ampla, integrada e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis. Os transtornos hipertensivos constituem um problema de saúde, e a primeira causa de morte materna nos países

desenvolvidos e a terceira causa nos países em vias de desenvolvimento, no qual representa 4 mortes x 100 000 nascimentos e 150 as mais mortes x 100 000 nascimentos, respectivamente. São também causas de morte fetal neonatal, assim como de recém-nascido (RN) com baixo peso ao nascer, hipóxico, com Apgar e baixo e prematuro. (BRASIL, 2012).

.Em nossa população moram 40 grávidas e todas com algum tipo de risco os mais importantes: doenças crônicas associadas à gestação, e entre as doenças, a mais frequente é a hipertensão na gravidez e olhando anos anteriores também é muito frequente em nossa-Unidade como na cidade de Coronel Fabriciano.

6-PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para fazer um diagnóstico situacional de saúde desta população foi necessário um tempo para poder levantar e estudar as informações de saúde, conhecer a área de abrangência e identificar o número total de pessoas que estão com risco e qual deles necessitam de um atendimento prioritário. (MOURA, *et al*, 2011).

Ao elaborar o Projeto de Intervenção foram utilizados os 10 passos do Planejamento Estratégicos Situacionais descritos por Campos; Faria e Santos (2010) descritos a seguir:

6.1- Primeiro passo

Este passo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) refere-se à identificação dos problemas do território de atuação da Equipe de Saúde São Domingo. Os principais problemas identificados junto com a equipe foram:

- 1-Idosos que moram sozinhos e poli medicamentados.
- 2-Gravidez na adolescência.
- 3-Doentes crônicos em abandono de tratamento integral.
- 4-Doenças sexualmente transmissíveis
- 5-Gravidez com doenças crônicas associadas.

6.2- Segundo passo

O segundo passo do PES refere-se a priorização dos problemas

**Quadro 2 Principais problemas de saúde no posto de saúde de São Domingo/
Coronel Fabriciano MG-2014.**

Problema	Importância.	Urgência.	Capacidade.	Seleção.
Idosos que moram sozinhos e poli medicamentados	Alta	6	Parcial	3
Gravidez na adolescência.	Alta	7	Parcial	2
Doentes crônicos em abandono de tratamento integral	Alta	6	Parcial	4
Doenças sexualmente transmissíveis	Alta	5	Parcial	5
Gravidez com doenças crônicas associadas.	Alta	7	Parcial	1

Fonte: autoria própria(2014)

6.3- Terceiro Passo

Este passo refere-se à descrição do problema selecionado que é gravidez com doenças crônicas associadas.

Durante o período em que coletei os dados nesta UBS tinham 40 grávidas cadastradas e controladas e 08 com hipertensão gestacional.

Quadro 2- Características em relação aos possíveis riscos gestacional

Características	Tipo	Categoria	Descrição	Indicador
-Idade	Quantitativa Continua	Menor 18 anos Maior 35 anos	Refere-se à idade biológica	Números Absolutos %
História familiar	Quantitativa Nominal	Sim Não	Caso refere-se as sem tem uma familiar mãe ou pai com hipertensão Arterial.	Números Absolutos
Hábitos Tóxicos	Qualitativa Nominal	Sim Não	Refere-se ao fator de tabagismo ou não do paciente	Números Absolutos %
Valorização Índice Massa Corporal	Quantitativa Nominal	Peso adequado Baixo peso Sobrepeso Obeso	O Paciente tem um peso saudável; se era baixo peso, sobrepeso ou obeso antes da gravidez.	Números Absolutos %
Histórico de doença pessoal	Qualitativa Continua	Sim Não	Refere-se ao paciente e hipertensa	Números Absolutos %

Fonte: Felpeto (2014)

Tabela 2 Incidência de hipertensão durante a gravidez

Período	Gestantes	Total de hipertensas	(%)
Janeiro 2014 Dezembro 2014	40	8	20

Fonte: Autoria própria -2014

No período compreendido entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2014, na Unidade de Saúde São Domingo, em 40 gestantes 08 desenvolveram doença hipertensiva, complicando a gravidez, para uma incidência de 20% .O avanço na medicina tem reduzido o número de complicações graves associadas à hipertensão na gravidez.A maioria dos autores do ponto vista da incidência da hipertensão arterial durante a gravidez afirmam que cerca de 10% de todas as gestações apresentam complicações para distúrbios hipertensivos e que metade delas corresponde à hipertensão essencial e pré-eclâmpsia o que contribui para a mortalidade materna e perinatal

(HAELTERMAN *et al*, 2010)

Tabela 3 -Distribuição de mulheres grávidas com uma gravidez transtorno complicando hipertensiva.

Tipo de transtorno	Número de pacientes	(%)
Hipertensão transitória	3	37,5
Pré-eclâmpsia leve	2	25
Pré -eclâmpsia grave	1	12,5
Eclâmpsia	0	0
Hipertensão crônica e pré -eclâmpsia	0	0
Hipertensão crônica	2	25
Total	8	100

Fonte: autoria própria2014

Como mostrado na Tabela 3, em resposta ao grupo de hipertensos com uma desordem hipertensiva, o que complica a gravidez, classificar o tipo de hipertensão da gravidez, resultando a ser mais frequentes ou hipertensão transitória tarde (37,5%) em 03 presentes dos 8 pacientes. Este tipo continuou, hipertensão crônica com 02 pacientes para 25,0%, junto em ordem de freqüência de pré-eclâmpsia leve em 25%, pré-eclâmpsia grave: eclampsia 0,0% e por 0,0%. A pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica com apenas 0,0% dos casos.

Em obras dos anos 80, propõe-se a pré-eclâmpsia em 50% de todos os casos de hipertensão na gravidez. No entanto, em publicações recentes é relatada que a hipertensão gestacional é hoje a forma mais comum de hipertensão na gravidez, o que é consistente com o relatado em nosso trabalho, e a incidência de pré-eclâmpsia se recusou a definir critérios de diagnóstico melhor(GÓMEZ SOSA,2013). Em estudos efectuados na Universidade do Texas, afirmam que a hipertensão na gravidez representa um espectro de entidades clínicas e inclui hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia, induzida entre outros. A hipertensão arterial é um denominador comum neste grupo de doenças, patogênese, características clínicas e evolução clínica desses distúrbios é variável e de outra forma(BELIZAM, 2012).

Tabela 4 Distribuição das gestantes com doença hipertensiva específica por idade

Faixa etária (anos)	Número de pacientes	%
Precoce	4	50
Adequada	1	12,5
Tardia	3	37,5
Total	8	100

Fonte: autoria própria (2014)

Como mostrado na Tabela 3, 8 grávidas que desenvolveram uma doença hipertensiva durante o mesmo descobriram que 50% (4 pacientes) foram menos de

20 anos de idade considerados para o início da gravidez. 37,5% (3 pacientes) tenham mais 35 anos, considerada tardia e 12,5% (pacientes) tinham idade entre 20 e 35 anos de idade, adequada para a gestação.

No desenvolvimento deste quadro clínico, entre outros, uma possível falha no mecanismo imunológico adaptativo que permite o desenvolvimento da estreita relação entre a mãe e seu convidado é invocado. O feto, tendo 50% da sua estrutura antigénica de origem paterna torna-se um tipo de enxerto. A falha do mecanismo imunitário adaptativo tem sido associada a fatores tais como a imaturidade do sistema imune materno ou com uma deficiência funcional, que em parte pode ser associada com uma condição de má nutrição materna, comum em adolescentes grávidas (SALAZAR,PRIETO,2013).

No entanto a maioria dos autores concorda que a idade materna avançada é um fator de risco, como demonstrado pelos seus resultados e sugerem que os pré-natais-natais para as mães mais velhas devem concentrar na prevenção de parto prematuro e de melhoria da assistência perinatal, que é inserido como o risco da doença em questão. Outros autores argumentam que quando comparados com as mulheres entre 20 e 29 anos, as mulheres que têm a sua primeira gravidez em maior ou igual a 35 anos de idade, este último havia maior risco de ganho peso, obesidade e hipertensão crónica, entre outros (BELIZAM,2012).

Tabela 5 Distribuição de gestantes com doença hipertensiva como um IMC

Valoração nutricional	número de pacientes	(%)
Baixo peso	1	12,5
Normo peso	1	12,5
Sobrepeso	3	37,5

Obesa	3	37,5
Total	8	100

Fonte: autoria própria (2014)

Na Tabela 5 para classificar grávidas portadoras de doença hipertensiva complicando a gravidez pelo IMC, encontramos que pacientes com sobrepeso foram 37,5% e 37,5% obesas, para que possamos dizer que a maior percentagem deste problema apresentado pelas grávidas com excesso de peso. Pacientes com baixo peso corresponderam a 12,5%. Estudos recentes têm demonstrado que o risco de pré-eclâmpsia aumenta com o aumento de massa corporal e a obesidade é considerada como um fator que aumenta o risco de hipertensão arterial crônica e concluíram que o sobrepeso e obesidade aumentam o risco de cesárea, pré-eclâmpsia, eclâmpsia um risco que aumenta com o aumento do IMC. BELIZAM,(2012).

Tabela 6- Distribuição de gestantes com doença hipertensiva como um histórico médico pessoal

Antecedentes patológicos pessoais	Número de pacientes	(%)
Hipercolesterolemia	2	25
Hipertensão	2	25
Anemia	1	12,5
Sepsis urinária	2	25
Asma Brônquica	1	12,5
Diabetes pré gestacional	0	0
Total	8	100

Fonte:autoria própria (2014)

Das pacientes grávidas com uma doença hipertensiva complicando a gravidez, verificou-se que 25% tinham história clínica pessoal sendo a hipertensão mais frequente 25%, hipercolesterolêmicas seguido com 25%, e anemia que representam 12,5% como mostrado na Tabela 6.

Autores cubanos afirmam que mulheres hipertensas são mais propensas a desenvolver pré-eclâmpsia do que normotensos e alguns estudos afirmam que em 20% dos casos de pré-eclâmpsia entre os hipertensos com (maior de 180/110 mmHg) taxas muito altas, forçando acompanhamento de perto e gravidez de alto risco. (GANFONG et al, 2010).

Um estudo publicado no "Obstetrics and Gynecology"(2013)sugere que os níveis elevados de colesterol são um fator de risco para pré-eclâmpsia.

6.4 Quarto Passo

Com relação ao este passo denominado "explicação do problema" consideramos que o problema tem alta prioridade, elevada urgência e contamos com capacidade parcial para seu enfrentamento, pois trata-se de diminuir a morbi - mortalidade materna- infantil de um programa prioritário para o SUS.

6.5 Quinto passo

Neste passo foram identificados os nós críticos do problema gravidez com doenças Crônicas associadas

6.6 Sexto Passo

Refere-se ao desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos. Com a participação da equipe fizemos o desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos do problema

Quadro 4 - Desenho de operações para o enfrentamento dos nós críticos do problema “gravidez com doenças crônicas associadas”.

Nós críticos	Operação do projeto	Resultados esperados.	Produtos.	Recursos necessários.
Seguimento inadequado das gestantes.	Aumentar o número de controles das grávidas. Diminuir mortalidade	Controle eficaz	Todas as grávidas serão acompanhadas adequadamente.	Organizacional. Adequação de fluxos.
Cadastro desatualizado das gestantes.	-Realizar a busca ativa das gestantes da área de abrangência. -Identificar as grávidas de risco	Atualização do cadastro de 100% das gestantes. -	Atendimento a 100% das gestantes da área de abrangência	Organizacional Financeiro.
Captção tardia das gestantes	Captar 100% das gestantes no primeiro trimestre	Identificação precoce de agravos e riscos.		Organizacional. Cognitivo.

Fonte: autoria própria (2014).

6.7 Sétimo passo

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que geralmente não se encontram disponíveis. Dessa maneira, é fundamental que a equipe de saúde. São apontados os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema.

Quadro 5- Recursos críticos para o problema, alta incidência de gestantes com hipertensão arterial

Operação/Projeto.	
	Político Organizacional
	Organizacional envolver as Agentes Comunitárias no planejamento e levantamento das gestantes do território. Financeiro.
	Organizacional. Divulgação Financeiro

Fonte: Felpeito 2014

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade

Ao realizar a análise da viabilidade do projeto de intervenção é necessário avaliar o nível de motivação os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do projeto de intervenção, caso estejam desmotivadas ou indiferentes é importante propor ações para motivá-las

Quadro 6- Proposta de ações para motivar os atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários a execução do projeto de intervenção

Operações/ Projetos.	Recursos críticos.	Ator que controla.	Motivação.	Ação estratégica.
Aumentar o número de controles das grávidas. Diminuir mortalidade	Organizacional, Cognitivo e Político:	Médica, enfermeira.	Favorável.	
-Realizar a busca ativa das gestantes da área de abrangência. -Identificar as grávidas de risco	Organizacional: articulação da equipe de saúde.	Agentes comunitários de saúde, médica, enfermeira, Técnicas de enfermagem.	Favorável.	
Captar 100% das gestantes no primeiro trimestre	Organizacional.	Médica, Enfermeira, Técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde.	Favorável.	

Fonte: Felpeto 2014

6.9 Nono passo

Na elaboração de um plano operativo a finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas. Além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. No Quadro 7 é apresentado o plano operativo para enfrentamento do problema.

Quadro7- Plano operativo para enfrentamento do problema

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o número de controles das grávidas. Diminuir mortalidade	Controle eficaz	Indicadores positivos		Médica e enfermeira	Permanente
-Realizar a busca ativa das gestantes da área de abrangência. -Identificar as grávidas de risco	Atualização do cadastro de 100% das gestantes. -	cadastro de 100% das gestantes		Equipe de saúde Secretaria de saúde e secretaria da Educação.	Parcerias - 2 meses, Capacitação dos ACS - permanente
Captar 100% das gestantes no primeiro trimestre	Identificação precoce de agravos e riscos.	Agravos e riscos e riscos identificados.			Monitoramento contínuo

6.10 Décimo passo:

Desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 5 *Planilha para acompanhamento de projetos situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do problema*

Operação: Saúde
 Coordenação: Enfermeira – Avaliação após seis meses do início do projeto

Operação: Saúde

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o número de controles das grávidas. Diminuir mortalidade	Enfermeiro	6 meses	Realização mensal em o micro áreas		Contínuo
-Realizar a busca ativa das gestantes da área de abrangência. -Identificar as grávidas de risco	Enfermeiro e professoras	6 meses	Realização mensal de palestras e reuniões da equipe		Permanente
Captar 100% das gestantes no primeiro trimestre	Coordenador de saúde, Enfermeiro.	6 meses	Foi feito treinamento dos Agentes de Saúde, ainda ficam pendente novas agentes pela capacitação.		Permanente

Operação: mais Instrumentos para o cuidado
 Coordenação: Enfermeira e coordenador de saúde – Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
----------	-------------	-------	----------------	---------------	------------

Todas as grávidas serão acompanhadas adequadamente.	Secretário de Saúde	12 meses	Andamento		
Atendimento a 100% das gestantes da área de abrangência	Enfermeiros e coordenador em saúde	12 meses	Andamento		

Fonte: autoria própria (2014)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que houve aumento de 11,9% no número absoluto de mortes maternas brasileiras e no Coeficiente de Mortalidade Materna do país, de 52,29 para 65,13 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos e na cidade de Coronel Fabriciano no ano 2014 tivemos 3010 gestantes e um índice de mortalidade materna de 9,7, e entre as causas mais frequentes foram as doenças crônicas e delas hipertensão.

- A incidência da hipertensão durante a gestação em posto de saúde de São Domingo se encontra em os mesmos valores que resto país.

O transtorno hipertensivo que complica a gestação, mas frequente, encontrado foi na hipertensão transitória ou tardia, resultando muito escassa a hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia- eclâmpsia

- Os fatores de risco a ter em conta são idades extremas: menores de 20 anos e maiores de 35 anos; Nutrição inadequada por excesso: obesas e sobrepeso; os antecedentes patológicos pessoais e familiares portadores de hipertensão arterial.
- Realizar projeto de investigação que dê continuidade a este trabalho para ampliar os conhecimentos sobre fatores de risco associados e mobilidade materna e perinatal atribuível aos transtornos hipertensivos da gestação

Pelo exposto, devemos continuar perseguindo uma redução ainda significativa desses índices apresentados, já que a vida de cada mulher é única e também fundamental para seus filhos. Apesar da redução dos óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas, ou seja, que tiveram complicações na gravidez ou até 42 dias depois do parto, houve aumento das mortes por causas indiretas. São consideradas causas indiretas as resultantes de doenças já existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez.

Espera-se que este estudo seja motivo de reflexão entre os profissionais de saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível <HTTPS://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3>.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**, Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LOPES, M. S. V. *et al.*. Análise do conceito de promoção da saúde. **Revista Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, 2010.

SILVA C N da; FERREIRA J S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: Aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. [http://www.efdeporte.com/RevistaDigital-Buenos aires](http://www.efdeporte.com/RevistaDigital-Buenosaires) -año 15-n 143- abril 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v.95, (1 supl.1), p: 1-51. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011

SILVA, J. L.; SOUZA, S. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

MALFATI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, supl 1, 2011.

MALUF Jr, I.*et al*, Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 1, 2010.

MOLINA, B.*et al*, Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.

MOURA, Marta David Rocha de et al. Hipertensão Arterial na Gestaçãõ-importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. Sup 1, p. S113-S120, 2011.

TOLEDO, M. N.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enfermagem**, v 16, n. 2: p 233-238, 2007.

