



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO
LINHA DE PESQUISA: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em
Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico

LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

BELÉM-PA

2020

LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA

**CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO**

Dissertação, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - PPGENF/ICS/UFPA como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Educação, formação e gestão no contexto amazônico

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Roseneide dos Santos Tavares.

BELÉM-PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Siqueira, Lorena Saavedra

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO / Lorena Saavedra Siqueira. — 2020. 105 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Roseneide dos Santos Tavares

Coorientador(a): Prof. Dr. Rubenilson Caldas Valóis
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Pré-eclâmpsia. 2. hipertensão induzida pela gravidez. 3. pré-natal. 4. enfermagem. I. Título.

CDD 618.24

LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA

**CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - PPGENF/ICS/UFPA como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Educação, formação e gestão no contexto amazônico

Orientadora: Prof^a. Dr^a Roseneide dos Santos Tavares.

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora/Presidente
Prof^a. Dra. Roseneide dos Santos Tavares - PPGENF/UFPA
Doutora em Enfermagem – UFSC
Universidade Federal do Pará

_____ - Examinadora Interna
Prof^a. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes - PPGENF/UFPA
Doutora em Enfermagem – UFSC
Universidade Federal do Pará

_____ - Examinador Externo
Prof. Dr. Rubenilson Caldas Valóis - UEPA
Doutorado em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical - UFPA
Universidade do Estado do Pará

_____ - Examinadora Externa (Suplente)
Prof^a. Dra. Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira – FAENF/UFPA
Doutora em doutorado em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários - UFPA
Universidade Federal do Pará

BELÉM-PA

2020

Dedico esta dissertação a todas as mulheres acometidas pela Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação que não obtiveram êxito na luta contra esta patologia, essa pesquisa foi feita para que cada vez menos mulheres tenham suas vidas ceifadas de forma tão precoce.

AGRADECIMENTOS

Um sonho se realizou o dia que adentrei este Programa de Mestrado, parecia algo muito longe da minha realidade, mas aqui estou, concluindo mais um ciclo de estudos na minha vida. Todavia concluir este trabalho só foi possível graças à colaboração direta ou indireta de todos aqueles que de diferentes formas estiveram nele envolvidos.

O agradecimento inicial é ao meu Deus maravilhoso e misericordioso, que me permitiu caminhar passos que jamais imaginei que me sustentou nos momentos difíceis, que me amparou quando eu quis desistir, que me deu forças quando eu já não possuía.

Agradeço a minha mãe MARIA DE FÁTIMA SAAVEDRA SIQUEIRA que sempre me incentivou a estudar e alcançar todos os meus objetivos de vida com minhas próprias pernas, não foi fácil, mas graças a seu incentivo sinto que ainda vou longe. Obrigada por tudo!

Não posso esquecer meu pai, LUIZ CARLOS SOUZA SIQUEIRA (*in memoriam*), pois todos os alicerces para minha educação tiveram como base forte seu esforço e trabalho.

Agradeço a minha irmã ANA CAROLINA SAAVEDRA SIQUEIRA por todo carinho e amizade nos momentos difíceis, você é sem dúvida minha melhor amiga.

Agradeço ao meu companheiro LUIZ HENRIQUE TAKANO por ter me apoiado incondicionalmente durante todo esse processo, que não é nada fácil, precisou de muita maturidade e paciência para aturar todos os meus surtos em meio ao mestrado. Amo-te

Agradeço à minha orientadora DRA. ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES, meu presente mais especial durante esses dois anos de muita luta, a pessoa mais humana que já conheci na vida, eu poderia passar horas aqui falando dela e mesmo assim não seria o suficiente para expressar o quão maravilhosa e especial esta mulher é. Somente ela para topa o desafio de dar prosseguimento a um projeto que não se encaixa na linha de atuação dela. Você merece o mundo todo professora!!!!!!

DR. RUBENILSON VALOIS, não posso esquecer-me de ti jamais, mesmo que quisesse. Se hoje estou concluindo um Mestrado foi graças a todo o incentivo que me deste a vida toda. Sempre foste essencial na construção de todos os meus trabalhos, e neste tiveste uma importância imensurável, se hoje concluo esta etapa, é também graças a você. Obrigada

Agradeço querida DRA. MÁRCIA MARIA BRAGANÇA LOPES por mais uma vez estar presente no meu crescimento acadêmico, já tivemos uma história quando a senhora foi minha orientadora, agora voltamos com suas colaborações maravilhosas no meu trabalho.

Agradeço a todos os enfermeiros entrevistados que solícitamente aceitaram participar deste trabalho, a construção desse resultado só foi possível graças a vocês.

Agradeço ao querido Antelmo, antigo secretário do nosso programa por toda sua disponibilidade e ajuda quando as dúvidas emergiram em meio ao mundo novo da pós-graduação stricto sensu.

Agradeço a todos os meus colegas de turma, que tornaram as aulas do mestrado mais leves e divertidas, foi muito bom compartilhar este momento com vocês. Mas agradeço em especial ao THIAGO CHAGAS, LUCIANA ROSA e STELLACELLY TOSCANO por todo o apoio durante esta caminhada linda.

Agradeço aos nossos coordenadores Prof^a Sandra e Prof. Eliã pela condução do nosso curso e pelo esforço em torná-lo cada vez melhor.

Agradeço a DRA. JOUHANNA MENEGAZ por ter ministrado a disciplina que mudou minha visão em relação ao que é de fato ser docente e de como esse caminho pode ser melhorado. Além de me aconselhar e não me deixar desanimar diante da pandemia e dos prejuízos que a mesma poderia vir a trazer para a minha pesquisa, obrigada, conversar com você aquele dia me fez ressignificar muita coisa.

Agradeço a DRA. GLENDA NAIFF por me apoiar durante minha caminhada, por me ajudar na construção do meu projeto mesmo sem ter nenhuma vinculação direta com o mesmo, nossa rainha das estatísticas, e membro suplente da banca.

Agradeço aos amigos queridos GESYANNE E ANTONIO JORGE, vocês são o exemplo daquilo que quero seguir na minha vida, minha total admiração por vocês, obrigada por todo apoio sempre, digo que vocês foram os melhores presentes que eu ganhei nesse mestrado. ANTONIO você é um presente muito lindo que ganhei.

Aos professores e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFPA que me acolheram com todo amor e carinho, e que estão participando efetivamente da minha subida em mais um degrau no mundo acadêmico.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) por me permitir realizar este trabalho em suas Unidades de Saúde.

Por fim quero agradecer a mim, ao meu esforço de ter vencido esta batalha de concluir em meio a uma pandemia, em meio a tantas perdas, em meio ao *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) que venci, em meio a depressão que tive que superar, foram tantas dificuldades que só tenho a agradecer.

“Para mudar o mundo precisamos mudar a forma de nascer”.

Michel Odent

RESUMO

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é caracterizada por manifestações clínicas como hipertensão e proteinúria, sintomatologia que se manifesta a partir da 20ª semana de gestação, é considerada a primeira causa de morte materna no Brasil. Nesse contexto, através da inclusão de procedimentos preventivos e curativos e da promoção da saúde, o pré-natal pode ser considerado um fator de proteção para a saúde da gestante. O enfermeiro é o profissional da área da saúde mais habilitado para identificar, e realizar o primeiro atendimento e o encaminhamento para o pré-natal de gestantes de alto risco caso haja necessidade. A assistência de enfermagem praticada pelo enfermeiro é permeada por diversos conhecimentos e competências que tem forte influência no cuidado durante o ciclo gravídico puerperal. É fundamental conhecer e entender a gestação e suas complicações para medidas sejam tomadas em tempo oportuno visando proteger a saúde da mãe e do feto. Deste modo, objetivou-se desvelar o conhecimento de enfermeiros que atendem pré-natal em unidades básicas de saúde sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação no município de Belém, estado do Pará. Realizou-se uma pesquisa de campo com uma abordagem qualitativa descritiva nos oito Distritos Administrativos de Belém, participaram quinze enfermeiros que atendem pré-natal na atenção primária à saúde, a coleta foi feita através de uma entrevista que foi gravada, a análise de dados foi realizada através da Análise do Conteúdo de Bardin, e para auxiliar no processamento foi empregado como ferramenta o software IRAMUTEQ que traz rigor estatístico às pesquisas qualitativas realizadas de acordo com o método de Reinert, que utiliza a Classificação Hierárquica Descendente. Nos resultados emergiram quatro categorias e três subcategorias. Categoria 1 “Principais aspectos sobre a SHEG” com subcategorias 1 e 2, respectivamente, “ Conhecimentos dos enfermeiros do pré-natal sobre a SHEG e suas manifestações clínicas”, “Medidas preventivas para redução das complicações desencadeadas pela SHEG durante pré-natal na atenção primária”, categoria 2 “ Acompanhamento pré-natal na atenção primária de gestantes com SHEG”, com subcategoria 1 “Fatores associados ao encaminhamento de gestantes com SHEG para Urgências e Emergências Obstétricas”, Categoria 3 “Assistência do enfermeiro frente à gestante com diagnóstico de SHEG” e Categoria 4 “Conhecimento dos enfermeiros sobre fatores nutricionais na gestação e a relação com a SHEG “. Os enfermeiros que atuam no pré-natal possuem conhecimento sobre a SHEG, todavia apresentam dificuldades em sua classificação, descrevendo a patologia de maneira mais genérica. Além disso, alguns sinais clínicos como edema são descritos como critério de diagnóstico, apesar da literatura demonstrar o oposto. Outro fator relevante diz respeito a

prevenção da SHEG, onde os enfermeiros descrevem os hábitos saudáveis como fatores protetores, que segundo a evidências apenas previnem complicações que esta patologia causa, além disso, dentro do manejo, foi descrita uma forte tendência ao encaminhamento para o pré-natal de alto risco e urgências obstétricas, todavia não há uma referencia ao retorno desta mulher a sua unidade de origem para compartilhamento do pré-natal como orientam os protocolos de saúde da mulher. Concluimos que a maioria dos participantes estava há muito tempo sem capacitações sobre o pré-natal o que pode ter relação com a desatualização sobre mudanças nos protocolos e condutas inadequadas. Através da investigação entendemos a necessidade de aprimoramento profissional dos enfermeiros sobre a SHEG, e que a criação e utilização de protocolos de cuidados pautados nas evidências científicas mais atuais sendo abordados na prática clínica do enfermeiro são de extrema importância para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura. Neste contexto, podemos dizer que os enfermeiros possuem conhecimento sobre a SHEG, todavia existem muitas lacunas ainda no que se refere a classificação adequada da patologia, o manejo clínico dentro da atenção primária demonstra diferença nos procedimentos adotados apesar da existência de protocolos nacionais.

Descritores: Pré-eclâmpsia; hipertensão induzida pela gravidez; pré-natal; enfermagem.

ABSTRACT

The Specific Hypertensive Syndrome of Pregnancy (SHEG) is characterized by clinical manifestations such as hypertension and proteinuria, a symptom that manifests itself after the 20th week of pregnancy, is considered the first cause of maternal death in Brazil. In this context, through the inclusion of preventive and curative procedures and health promotion, prenatal care can be considered a protective factor for the health of pregnant women. The nurse is the health professional most qualified to identify, and perform the first care and referral for high-risk pregnant women to prenatal care if necessary. The nursing care practiced by the nurse is permeated by several knowledge and skills that have a strong influence on care during the puerperal pregnancy cycle. It is essential to know and understand pregnancy and its complications for measures to be taken in a timely manner to protect the health of the mother and fetus. Thus, the objective was to unveil the knowledge of nurses who attend prenatal care in basic health units about Specific Hypertensive Syndromes of Pregnancy in the city of Belém, state of Pará. A field research with a qualitative descriptive approach was carried out in the eight administrative districts of Belém, and the sample consisted of fifteen nurses who attend prenatal care in primary care, the collection was made through an oral and recorded interview, the analysis Data analysis was carried out through Bardin's Content Analysis, and to assist in processing, the IRAMUTEQ software was used as a tool that brings statistical rigor to qualitative research carried out according to Reinert's method, which uses the Descending Hierarchical Classification. In the results, four categories and three subcategories emerged. Category 1 "Main aspects about SHEG" with subcategories 1 and 2, respectively, "Knowledge of prenatal nurses about SHEG and its clinical manifestations", "Preventive measures to reduce complications triggered by SHEG during prenatal care. primary ", category 2" Prenatal care in primary care of pregnant women with SHEG ", with subcategory 1" Factors associated with referral of pregnant women with SHEG to Obstetric Urgencies and Emergencies ", Category 3" Nurses' assistance to pregnant women diagnosed with SHEG "and Category 4" Nurses' knowledge about nutritional factors during pregnancy and the relationship with SHEG ". Nurses who work in prenatal care have knowledge about SHEG, however they have difficulties in its classification, describing the pathology in a more general way. In addition, some clinical signs such as edema are described as a diagnostic criterion, despite the literature demonstrate the opposite. Another relevant factor concerns the prevention of SHEG, where nurses describe healthy habits as protective factors, which according to the evidence only prevent complications that this pathology causes, besides, within the management, a strong tendency to refer to the

pre-natural high-risk and obstetric emergencies, however there is no reference to the return of this woman to her unit of origin to share prenatal care as guided by women's health protocols. We concluded that most of the participants had been without training on prenatal care for a long time, which may be related to the outdated information about changes in protocols and inappropriate conduct. Through investigation, we understand the need for professional improvement of nurses on SHEG, and that the creation and use of care protocols based on the most current scientific evidence being addressed in the clinical practice of nurses are extremely important to guide the decision-making process and ensuring the provision of quality and safe care. In this context, we can say that nurses have knowledge about SHEG, however there are still many gaps regarding the proper classification of the pathology, the clinical management within primary care shows a difference in the procedures adopted despite the existence of national protocols.

Descriptors: Pre-eclampsia; pregnancy-induced hypertension; prenatal; nursing.

RESUMEN

El Síndrome Hipertensivo Específico del Embarazo (SHEG) se caracteriza por manifestaciones clínicas como la hipertensión y la proteinuria, síntoma que se manifiesta después de la semana 20 de embarazo, es considerado la primera causa de muerte materna en Brasil. En este contexto, mediante la inclusión de procedimientos preventivos y curativos y la promoción de la salud, la atención prenatal puede ser considerada un factor protector de la salud de la gestante. La enfermera es el profesional de la salud más calificado para identificar y realizar la primera atención y la derivación de mujeres embarazadas de alto riesgo a atención prenatal si es necesario. El cuidado de enfermería que practica la enfermera está impregnado de varios conocimientos y habilidades que tienen una fuerte influencia en el cuidado durante el ciclo del embarazo puerperal. Es fundamental conocer y comprender el embarazo y sus complicaciones para que se tomen medidas de manera oportuna para proteger la salud de la madre y el feto. Así, el objetivo fue dar a conocer los conocimientos de las enfermeras que asisten a la atención prenatal en las unidades básicas de salud sobre Síndromes Hipertensivos Específicos del Embarazo de la ciudad de Belém, estado de Pará. Se realizó una investigación de campo con un enfoque descriptivo cualitativo en ocho distritos administrativos de Belém, y la muestra estuvo conformada por quince enfermeras que brindan atención prenatal en atención primaria, la recolección se realizó a través de una entrevista oral y grabada, el análisis de los datos se realizó a través del Análisis de Contenido de Bardin, y para asistir en el procesamiento, se utilizó como herramienta el software IRAMUTEQ, que aporta rigor estadístico a la investigación cualitativa realizada según el método de Reinert, que utiliza la Clasificación Jerárquica Descendente. En los resultados surgieron cuatro categorías y tres subcategorías. Categoría 1 "Aspectos principales sobre SHEG" con subcategorías 1 y 2, respectivamente, "Conocimiento de las enfermeras prenatales sobre SHEG y sus manifestaciones clínicas", "Medidas preventivas para reducir las complicaciones desencadenadas por SHEG durante la atención prenatal. primaria ", categoría 2" Atención prenatal en atención primaria a gestantes con SHEG ", con subcategoría 1" Factores asociados a la derivación de gestantes con SHEG a Urgencias y Emergencias Obstétricas ", Categoría 3" Asistencia de enfermeras a gestantes con diagnóstico de SHEG "y Categoría 4" Conocimientos de las enfermeras sobre los factores nutricionales durante el embarazo y la relación con SHEG ". Las enfermeras que trabajan en la atención prenatal tienen conocimientos sobre SHEG, sin embargo tienen dificultades en su clasificación, describiendo la patología de forma más general. Además, algunos signos clínicos como el edema se describen como criterio diagnóstico, aunque la literatura demuestra lo

contrario. Otro factor relevante concierne a la prevención de SHEG, donde enfermeras describen hábitos saludables como factores protectores, que según la evidencia solo previenen las complicaciones que esta patología ocasiona, además, dentro del manejo, una fuerte tendencia a la derivación al pre -Emergencias obstétricas y de alto riesgo naturales, sin embargo no se hace referencia al regreso de esta mujer a su unidad de origen para compartir la atención prenatal guiada por los protocolos de salud de la mujer. Concluimos que la mayoría de las participantes habían estado sin capacitación en atención prenatal durante mucho tiempo, lo que puede estar relacionado con la información desactualizada sobre cambios en los protocolos y conductas inapropiadas. A través de la investigación, entendemos la necesidad de perfeccionamiento profesional del enfermero en SHEG, y que la creación y uso de protocolos de atención basados en la evidencia científica más actual que se aborda en la práctica clínica del enfermero es de suma importancia para orientar el proceso de toma de decisiones. y garantizar la prestación de una atención segura y de calidad. En este contexto, podemos decir que los enfermeros tienen conocimiento sobre SHEG, sin embargo aún existen muchas lagunas en cuanto a la clasificación adecuada de la patología, el manejo clínico dentro de la atención primaria muestra una diferencia en los procedimientos adoptados a pesar de la existencia de protocolos nacionales.

Descriptor: Preeclampsia; hipertensión inducida por el embarazo; prenatal; enfermería.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Medidas Gerais na Eclâmpsia.....	28
Quadro 2 – Prevenção e tratamento das convulsões com sulfato de magnésio.....	29
Quadro 3 – Unidades selecionadas para realização da pesquisa de campo.....	41
Quadro 4 – Categorias temáticas.....	52
Quadro 5 – Caracterização dos profissionais entrevistados.....	98
Tabela 1 – Diagnóstico da Síndrome HELLP.....	29
Tabela 2– Perfil pessoal dos (as) participantes da pesquisa.....	47
Tabela 3 – Dados profissionais dos participantes da pesquisa.....	48
Tabela 4–Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distritos Administrativos de Belém	40
Figura 2 – Dendograma do tipo Phylograma	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de ética e pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DABEN	Distrito administrativo do Bengui
DABEL	Distrito administrativo de Belém
DAENT	Distrito administrativo do Entroncamento
DAGUA	Distrito administrativo do Guamá
DAICO	Distrito administrativo de Icoaraci
DAMOS	Distrito administrativo de Mosqueiro
DAOUT	Distrito administrativo de Outeiro
DASAC	Distrito administrativo da Sacramenta
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DLE	Decúbito lateral esquerdo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
PAISM	Programa de assistência integral a saúde da mulher
PHPN	Programa de humanização do parto e nascimento
RC	Rede Cegonha
SESPA	Secretaria de Saúde do Estado do Pará
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade básica de saúde
UMS	Unidade municipal de saúde

SUMÁRIO

<i>CAPÍTULO I</i>	19
APRESENTAÇÃO	19
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
<i>CAPÍTULO II</i>	26
2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	26
2.1 Principais aspectos sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação	26
2.2 A Atenção Primária à Saúde e a Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal	30
2.3 Importância do conhecimento do enfermeiro durante o pré-natal de mulheres com SHEG	33
<i>CAPÍTULO III</i>	38
3 DESENHO METODOLÓGICO	38
3.1 Tipo de pesquisa	38
3.2 Cenário da pesquisa	38
3.2.1 Seleção das unidades de saúde	40
3.3 Participantes da pesquisa	41
3.3.1 Critérios de inclusão.....	42
3.3.2 Critérios de exclusão	42
3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados	42
3.5 Análise dos dados	43
3.6 Aspectos éticos	46
<i>CAPÍTULO IV</i>	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 Perfil profissional dos participantes entrevistados	47
4.2 Processo de produção dos resultados com o uso IRAMUTEQ	49
4.3 Categorização dos dados	52
4.3.1 Principais aspectos sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG)	53
4.3.1.1 <i>Conhecimento dos enfermeiros do pré-natal sobre a SHEG e suas manifestações clínicas</i>	54

4.3.1.2 <i>Medidas preventivas para redução das complicações desencadeadas pela SHEG durante pré-natal na Atenção Primária à Saúde</i>	60
4.3.2 Acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde de gestantes com SHEG	65
4.3.2.1 <i>Fatores associados ao encaminhamento de gestantes com SHEG para urgências e emergências obstétricas</i>	67
4.3.3 Assistência do enfermeiro frente a gestante com diagnóstico de SHEG	71
4.3.4 Conhecimento dos enfermeiros sobre fatores nutricionais na gestação e a relação com a SHEG.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	95
APÊNDICE C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO SESMA	96
APÊNDICE D – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DIRETORES UNIDADES DE SAÚDE	97
APÊNDICE E – PERFIL DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS	98
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA SESMA	99
ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	102
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS SESMA	105

CAPÍTULO I

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar esta temática se iniciou durante o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica na Universidade Federal do Pará. Ao longo de minha prática por diversos hospitais e unidades de saúde que integravam o programa, se destacou a grande frequência de casos de mulheres acometidas pelas Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) e o quanto esta patologia acarreta aumento na morbimortalidade ao binômio mãe-feto. Ao adentrar novos espaços, exercendo o papel de enfermeira assistente na Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), presenciei diversas dificuldades manifestadas pelos meus pares na condução dos casos de SHEG, devido ser uma síndrome multissistêmica que aparece com uma sintomatologia muito diversa, e que apresenta várias definições dependendo de como se instala inicialmente na gestante, verificou-se o quanto é importante que o enfermeiro conheça esta patologia a fundo e saiba identificá-la de modo a tomar as atitudes pertinentes para cada caso, pois quando não diagnosticada e tomada à conduta precocemente, em geral aumentavam as complicações tanto para esta mulher, quanto para o conceito.

A inspiração motivada por professores da área da saúde da mulher me fez ter o desejo de ingressar na docência, e neste local encontrei uma forma de auxiliar na modificação do cenário vivenciado na Atenção Primária à Saúde, compartilhando conhecimentos baseados nas melhores evidências científicas com futuros enfermeiros ou futuros enfermeiros obstetras sobre esta patologia que representa um grande problema de saúde pública, dentro da saúde da mulher, sendo, portanto o primeiro lugar nos casos de morte materna no Brasil, além de ter fortes efeitos sobre o aumento dos partos prematuros e por vezes aumentar o tempo de internação de mulheres a nível hospitalar. Essa realidade despertou um forte interesse pelo tema.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O conhecimento é de fundamental importância para nortear a conduta dos profissionais da área da saúde, ele não pode ser visto como algo acabado, e sim uma construção daquilo que pode ser formulado e feito por intermédio da aprendizagem e da experiência. A busca contínua de conhecimentos deve envolver leituras, questionamentos e uma compreensão sobre a realidade do processo de cuidar e ensinar vivido pelo profissional (MOURA *et al.*, 2015).

Segundo Silveira *et al.* (2013) durante sua atuação, o enfermeiro necessita de conhecimento para basear seu cuidado e deve corroborar com competências e habilidades técnicas e cognitivas, e precisa ser amparada pelo saber científico, para que suas ações atendam à satisfação das necessidades do indivíduo.

Nesse contexto, Nour *et al.* (2015), ressaltam que o cuidado de enfermagem deve ser pautado no conhecimento científico, para que o pré-natal possibilite prevenir complicações maternas e fetais e controlar as patologias que se instalam. Por conta disso o enfermeiro é o profissional da área da saúde mais habilitado para identificar, e realizar o primeiro atendimento e o encaminhamento para o pré-natal de gestantes de alto risco, caso haja necessidade.

Souza *et al.* (2013), trazem que a gestação de alto risco pode ser considerada como um fator de alta complexidade no âmbito do cuidado de enfermagem, que objetiva um resultado ideal para o binômio mãe e feto, e é algo que pode ser detectado durante a assistência pré-natal. Nogueira e Oliveira (2017) abordam que o pré-natal pode ser considerado um dos mais completos conjuntos de procedimentos clínicos e educativos, oferecidos a uma população específica, no caso as gestantes, e objetiva a promoção da saúde e identificação precoce de possíveis problemas que possam acarretar riscos para a saúde materno-fetal, além do diagnóstico e tratamento oportuno das intercorrências que possam se apresentar durante a gestação que tenham amplo potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil.

Para Leal *et al.* (2015) o pré-natal pode ser considerado um fator de proteção para a saúde da mulher grávida, pela inclusão de procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Com uma boa condução, o pré-natal pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e garantir um desenvolvimento da gestação e parto. Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Diante disso, um pré-natal inadequado, pode estar ligado à mortalidade materna, considerada um grande problema social, e que pode ser evitada em 98% dos casos, já que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pela qualidade da assistência

durante o pré-natal (COSTA *et al.*,2015). Um estudo de Botelho *et al.* (2014) sobre as causas de mortalidade materna no estado do Pará realizado junto a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), por meio do SIM¹, traz em seus resultados a distribuição de causas obstétricas de óbitos maternos, onde foi evidenciado que em 34,6% a causa foi hipertensão e em 22,2%, hemorragia. E que a frequência desses óbitos maternos foi significativamente mais elevada por eclâmpsia (70%). Entretanto, a pré-eclâmpsia leve (8,4%) e a pré-eclâmpsia grave (7,5%) também estiveram presentes dentre as causas de morte materna obstétrica direta no referido período.

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é a primeira causa de morte materna no Brasil, sendo a maior responsável pelo elevado número de óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas (SOUZA *et al.*, 2020). É uma síndrome caracterizada por manifestações clínicas como hipertensão e proteinúria, sintomatologia esta que se manifesta a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser denominada de pré-eclâmpsia. Em suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso, instalam-se as convulsões tônico-clônicas, condição que se denomina como eclâmpsia (Kahhale *et al.*,2018).

Para Aydin *et al.* (2014), a maioria dos casos de SHEG é complicada pela síndrome HELLP, que se apresenta através de hemólise, elevação das enzimas hepáticas e baixa contagem plaquetária, em sua forma completa, está associada ao aumento do risco de mortalidade materna e aumento da taxa de complicações obstétricas graves.

É válido ressaltar que, no momento em que o enfermeiro reconhece uma gestação de alto risco, ao identificar os sinais de uma patologia, como no diagnóstico de SHEG, por exemplo, ele precisa seguir uma linha de cuidados pressupondo um acompanhamento por parte das equipes da ESF, ou Unidade Básica de Saúde (UBS), mesmo quando são de alto risco, em conjunto com o atendimento dos serviços de referência especializados (BRASIL, 2012).

Lopes *et al.* (2013) relatam que medidas preventivas adotadas pelo enfermeiro durante a gestação, o pré-natal seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS) quanto ao acompanhamento nas consultas, reconhecimento e tratamento de sinais e sintomas precoces da SHEG, se constitui como processo favorável a evitar as complicações desta patologia.

¹ O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional (BRASIL, 2001).

Garcia *et al.* (2018) afirmam que a atuação do enfermeiro na assistência a mulher no ciclo grávido puerperal encontra-se em déficit, no que diz respeito às competências específicas da obstetrícia. Esse fato demonstra a necessidade de um melhor investimento na formação, mas também na qualificação permanente desses profissionais, bem como na reorganização dos serviços para que haja incorporação de protocolos assistenciais, a fim de melhorar a qualidade no atendimento à população alvo.

Kahl *et al.* (2018) em seu estudo sobre “Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde” afirmam que a criação de protocolos de enfermagem baseados nas melhores evidências científicas, e criados a partir da necessidade evidenciada na prática fornecem subsídios para a atuação do profissional, além de conferir respaldo legal diante das condutas e tomadas de decisão.

Em um estudo de Martins *et al.* (2012) sobre “A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira”, os autores afirmam que a situação de mortalidade materna por SHEG está ligada diretamente a qualidade da assistência em saúde recebida pelas mulheres e, particularmente, à ação dos enfermeiros, já que estes mantêm maior proximidade no processo de cuidar das gestantes hipertensas na atenção primária à saúde. E que em sua atuação eles têm oportunidade significativa de identificar sinais e sintomas característicos da evolução da patologia, podendo intervir antes mesmo das complicações se instalarem. Ressaltam que a evolução e avanços obtidos na prática do cuidado são influenciados a partir da produção de conhecimentos relacionados ao tema.

O cuidado assistencial praticado pelo enfermeiro atravessa uma diversidade de saberes e competências que vão refletir diretamente no cuidar de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal. Sendo de fundamental importância entender esse contexto para que de certa forma cause influência na construção do conhecimento acerca das complicações inerentes a gestação, que por sua vez podem ser responsáveis por influenciar negativamente no bem-estar da parturiente e recém-nato. É importante, portanto que os enfermeiros sejam capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto durante a sua atuação prática (COREN-SC, 2016).

Oliveira, Barbosa e Melo (2016) abordam que dentre as atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco constam o cadastro das gestantes no SisPreNatal, fornecimento e preenchimento adequado da carteira da gestante realizando atualizações a cada consulta, orientação e educação em saúde, a realização de consulta de pré-natal, intercalada com a consulta médica, solicitação de exames complementares de acordo com os protocolos instituídos, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos conforme protocolos

existentes, orientação quanto à vacinação, identificação de sinais que possam indicar alto risco a qualquer momento da gestação e referência para consulta médica ou mesmo para o centro de referência entre outras coisas.

Todavia, nem sempre todas as competências esperadas para a assistência pré-natal durante o acompanhamento com o enfermeiro são realizadas. É notória a existência de falhas na prestação do cuidado de enfermagem, pois, entre outras coisas, dentro da Atenção Primária à Saúde existe uma carga de atribuições elevadas para o enfermeiro especialmente aquelas relacionadas à administração de burocracias dentro das unidades de saúde (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

É necessário que o governo federal por intermédio do MS, assim também como as esferas estaduais e municipais, atue desenvolvendo estratégias que tenham como objetivo organizar os sistemas de atenção ao período gravídico puerperal, visando uma assistência hierarquizada e integralizada com vistas a cumprir o que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro desse contexto, são elaborados os manuais técnicos para orientar a equipe assistencial nos diagnósticos e tratamentos de patologias que venham a surgir durante a gestação. Possui também o objetivo de uniformizar as condutas, para que venha a contribuir com uma atuação mais coesa da equipe, além de promover uma assistência eficiente e de qualidade (BRASIL, 2010).

Em um estudo de Oliveira, Barbosa e Melo (2016), foi relatado que a maior parte dos enfermeiros entende que o uso dos manuais técnicos pode ser considerado um fator de sucesso para a realização do pré-natal. Todavia, muitos profissionais demonstram grande resistência ao uso dos manuais nas redes de saúde. Garcia *et al.* (2018) abordam em sua pesquisa sobre as ações de enfermagem no cuidado à gestante que um recurso que pode ser utilizado pelas esferas municipais visando reorganizar a assistência em saúde é a elaboração de protocolos de saúde. Tais instrumentos quando normatizados fornecem um amparo legal ao exercício do enfermeiro, fortalecendo a qualidade dos serviços prestados frente à assistência pré-natal.

Costa *et al.* (2015), relatam que o enfermeiro se destaca no que diz respeito a assistência pré-natal uma vez que é um profissional qualificado para realizar atendimento a gestante, pois é ele que trabalha e exerce a função educativa de realizar ações preventivas, de promoção da saúde além de ser agente da humanização.

Maeda *et al.* (2014) relatam que para a atuação do enfermeiro ser considerada eficaz, há uma necessidade de atualização de conhecimentos, em relação a assistência pré-natal prestada à mulher. Todavia em seu estudo verificou-se que existe uma forte influência na qualidade da assistência prestada de acordo com a capacidade técnica apresentada pelo profissional. Além

de identificar que, quando o enfermeiro atuante no pré-natal é especialista, evidencia-se que existe um melhor preparo em relação à assistência às gestantes.

Kerber e Melere (2017) relatam que um cuidado qualificado do pré-natal ao puerpério é essencial e indispensável para que haja uma redução da morbimortalidade materno-fetal, em conjunto também com profissionais habilitados na assistência ao parto, infraestrutura adequada e tratamento assertivo e eficaz. Em seu estudo, Delgado (2014, p. 45) destaca que:

A prevenção é a melhor forma para diminuir as taxas de mortalidade e morbidade tanto fetal com materna causado pelas Síndromes Hipertensivas e as suas complicações. Porém deve ser um trabalho em conjunto tanto das gestantes como pelos profissionais de saúde que devem estar atentos aos sinais e sintomas que vão sendo evidenciados pelas gestantes durante as consultas de pré-natal.

Amorim *et al.* (2017) discorrem que a assistência à gestação considerada de alto risco suplica por uma boa qualificação e competência dos profissionais na condução das situações emergenciais ou que podem vir a complicar o ciclo gravídico puerperal. O enfermeiro deve possuir competência para atender esta mulher em todos os níveis do sistema de saúde, até mesmo na avaliação de exames que auxiliem com o diagnóstico.

Para Souza (2013) a diminuição das mortes maternas está relacionada à necessidade de garantia da atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referência às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade ao parto e ao puerpério até o tratamento das emergências obstétricas.

Ferreira *et al.* (2016) reforçam que ao analisar que existe um alto índice de morbimortalidade materna e fetal ocasionado por estes quadros hipertensivos relacionados a gestação, além de uma alta taxa de desfechos desfavoráveis, é de extrema importância que a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres seja de qualidade, e esteja baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.

Baseado nas considerações feitas anteriormente o estudo tem o interesse de compreender o conhecimento de enfermeiros que atendem pré-natal nas unidades básicas de saúde sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação no município de Belém, estado do Pará.

Atendendo ao proposto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o conhecimento de enfermeiros que atendem pré-natal em unidades básicas de saúde sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação no município de Belém, estado do Pará?

Baseado nessa perspectiva, o objetivo do estudo é desvelar o conhecimento de enfermeiros que atendem pré-natal em unidades básicas de saúde sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação no município de Belém, estado do Pará.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Com intuito de buscar informações acerca da temática em foco, foi realizado um levantamento das produções científicas. Buscaram-se fontes documentais nas bases de informações em saúde: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Ministério da Saúde pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de consulta às bibliografias impressas. Nesta busca os descritores utilizados foram pré-natal, hipertensão induzida pela gravidez, enfermagem e pré-eclâmpsia. A pesquisa forneceu um acervo de documentos tais como teses, dissertações e artigos, que embasaram a elaboração deste capítulo contextualizando as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação, perpassando por todos os conceitos relativos à patologia no que concerne às manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e condutas. Além de dissertar sobre a atuação do enfermeiro no pré-natal neste contexto. Utiliza-se a base de dados para reunir a bibliografia com cunho científico que possa agregar ao estudo um conhecimento sólido acerca do objeto de estudo.

2.1 Principais aspectos sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG)

Segundo Zugaib (2016) SHEG é uma das complicações mais frequentes da gravidez. E muito embora a sua evolução seja favorável nas pacientes que desencadeiam suas formas mais leves, aquelas que apresentam formas graves, como eclâmpsia e síndrome HELLP, por exemplo, constituem uma importante causa de morbidade materna grave.

Para Araújo *et al.* (2017), algumas complicações podem ser acarretadas por estas síndromes, a exemplo de encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, comprometimento renal, hemorragias na retina, coagulopatias e entre outras.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) complica cerca de 7% a 10% de todas as gestações. Define-se como HAS a pressão arterial sistólica (PAS) que atinge valor ≥ 140 mmHg e/ ou a pressão arterial diastólica (PAD) que atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos 4 horas. Já a proteinúria é definida como a excreção de 300 mg de proteínas em urina de 24 horas (BRASIL, 2012).

A SHEG pode repercutir em vários sistemas vitais da mulher, levando a alterações hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidroeletrólíticas e uteroplacentárias, e o prognóstico vincula-

se à presença de crises convulsivas. Em relação à mortalidade, na eclâmpsia mostra-se elevada, enquanto que na PE é rara, exceto quando se incide a síndrome HELLP, que se caracteriza por hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) (REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2016).

A SHEG é um importante fator preditor de eventos cardiovasculares futuros na mulher e também tem repercussões fetais na origem da doença cardiovascular quando adulto (ZUGAIB, 2016).

Apesar da relevância para a saúde pública, a etiologia da SHEG ainda permanece desconhecida, o que dificulta sua prevenção primária (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2016; ZUGAIB, 2016). Sabe-se, que para sua ocorrência, a presença da placenta é obrigatória, dado que um defeito da invasão trofoblástica nas arteríolas espiraladas maternas é o principal desencadeante (BEZERRA, 2015). Todavia, não é sabido se essa alteração é derivada de causas genéticas, imunológicas ou ambientais.

Tranquili *et al.* (2014) relatam que, algumas evidências apoiam a hipótese do envolvimento do sistema imunológico materno na patologia. A partir de problemas de adaptação imunológica ao trofoblasto, ocorreriam problemas na perfusão, com consequente hipoxemia.

A presença da SHEG, mesmo em situações nas quais não exista feto a exemplo da doença trofoblástica gestacional completa, e o fato de a retirada da placenta iniciar o processo de resolução da patologia, com melhora dos sintomas, sugere que a placenta tenha papel de destaque nesta patogênese (ZUGAIB, 2016)

Segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013) a pré-eclâmpsia é definida por HAS identificada pela primeira vez após a 20^a semana associada à proteinúria, que pode ou não estar sobreposta a outro estado hipertensivo. Levando em conta o conceito atual dessa síndrome, conceitos rígidos têm sido abandonados. Assim, na ausência de proteinúria, o diagnóstico de pré-eclâmpsia pode ser baseado na presença de cefaléia, turvação visual, dor abdominal ou exames laboratoriais alterados como plaquetopenia (menor que 100.000/mm³), elevação de enzimas hepáticas (o dobro do basal), comprometimento renal (acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do basal) ou ainda edema pulmonar e distúrbios visuais ou cerebrais, como cefaléia, escotomas ou convulsão.

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, como PAD igual/maior que 110 mmHg, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária, oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora), níveis séricos de creatinina

maiores que 1,2mg/dL , sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia e plaquetopenia (BRASIL, 2010).

A eclâmpsia trata-se de crise convulsiva de características tônico-clônicas, que pode aparecer em gestantes ou puérperas, sendo precedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclâmpsia: cefaléia, diplopia, dor em hipocôndrio direito e agitação psicomotora. É uma complicação que pode ser prevenida. Acomete o último trimestre e/ou puerpério imediato, com raros episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio (BRASIL, 2010).

Quadro 1 – Medidas Gerais na Eclâmpsia.

Manter a paciente em decúbito lateral esquerdo e com seu dorso elevado
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas
Proteger a língua com cânula de Guedel
Realizar nebulização com oxigênio (5L por minuto)
Fornecer assistência ventilatória quando necessário
Instalar monitor cardíaco
Manter acesso venoso com soro glicosado a 5%
Evitar administração indevida de fluidos
Colher amostras de sangue para avaliação laboratorial
Colher urina e manter sondagem vesical de demora

Fonte: adaptado Zugaib (2016).

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. Estudos relatam que entre as formas hipertensivas, a eclâmpsia constitui a principal causa de morte materna e perinatal. Estima-se que essa patologia seja responsável por pelo menos 10% de todas as mortes maternas em países desenvolvidos e por cerca de 50 mil mortes maternas por ano em todo o mundo (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2016).

Existe uma forte recomendação da utilização do sulfato de magnésio como primeira opção no plano terapêutico para tratamento de convulsão resultante de eclâmpsia, além do uso adequado também de drogas anti-hipertensivas. Deve ser realizada avaliação também para a necessidade de uso preventivo do sulfato de magnésio e da conformidade com o protocolo local durante as fases de ataque e de manutenção (WHO, 2013).

Quadro 2 – Prevenção e tratamento das convulsões com sulfato de magnésio (MgSO₄ 7H₂O).

I. Dose de ataque: 4 g de MgSO ₄ (8 mL de MgSO ₄ 7H ₂ O a 50% diluído em 12 mL de água destilada) IV em 5 10 minutos.
II. Dose de manutenção IV: 0,6-2 g/h IV (diluir 10 mL de MgSO ₄ 7H ₂ O a 50% em 240 mL de soro fisiológico e infundir em bomba na velocidade de 50 mL/h (1 g/h) ou 100 mL/h (2 g/h) continuamente. A cada 120 min., verificar se a diurese está preservada (> 25 mL/h) e se os reflexos tendinosos estão presentes.
III. Dose de manutenção IM: 10 mL a 50% no quadrante superior externo da nádega a cada 4 horas (alternando as nádegas). Avaliar a diurese (> 25 mL/h) e os reflexos patelares antes de cada aplicação.

Fonte: FEBRASGO (2017).

A síndrome HELLP apresenta um quadro clínico evidenciado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = “low platelets count”). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetria é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2010).

TABELA 1 – Diagnóstico da Síndrome HELLP.

	Exame	Parâmetro
Hemólise Esfregaco de sangue periférico (esquistocitose, anisocitose, equinocitose, picilicose)	Bilirrubinas	> 1,2 mg/dl
	LDH ou DHL	> 600 U/L
Alteração Função Hepática	TGO	> 70 UI
Plaquetopenia	Plaquetas	< 100.000/mm ³

Fonte: Adaptado (FEBRASGO, 2017).

Em toda gestante com suspeita de pré-eclâmpsia, os testes laboratoriais apropriados devem ser solicitados. Nas fases iniciais, apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminases e desidrogenase láctica podem estar presentes. As seguintes alterações indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave: DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL. A presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna (BRASIL, 2010).

Para Brasil (2010), a triagem laboratorial básica para as gestantes com suspeita de síndrome HELLP é hemograma completo com plaquetas, urinálise, creatinina sérica, DHL, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Os testes de tempo de protrombina, tempo de tromboelastina parcial e fibrinogênio são reservados para aquelas mulheres com uma contagem de plaquetas abaixo de 100.000/ml. Outras avaliações como teste de Coombs para anemia hemolítica, lúpus eritematoso e pancreatite podem ser necessárias dependendo das circunstâncias.

No que se refere aos fatores de risco acerca da Síndrome Hellp, as descrições se apoiam em observação de alguns casos por autores, todavia ainda não há um consenso. Pacientes acometidas com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, que já estejam no termo, com idade maior que 25 anos e de raça branca têm propensão maior a desenvolverem este quadro, e em até um terço isso pode ocorrer durante o puerpério (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

2.2 A Atenção Primária à Saúde e a Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal

A Atenção Primária à Saúde dentro do contexto de atenção à saúde representa o primeiro nível de atendimento e objetiva o acolhimento inicial as usuárias dos serviços com foco na priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que precisa acontecer de forma integral e continuada (BRASIL, 2013). Para Thuler *et al.* (2018), este nível de atenção à saúde promove uma relação mais próxima entre os usuários, seus familiares e os profissionais de saúde, permitindo uma melhor compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção naquele contexto que vão além de práticas curativas.

Portanto, a Atenção Primária à Saúde possui importância fundamental na prevenção de complicações relacionadas às patologias durante o cuidado pré-natal.

Para Oliveira *et al.* (2015), o início oportuno do pré-natal está diretamente relacionado à acessibilidade das políticas públicas de saúde voltadas para as gestantes. Esse processo inicialmente se deu com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, e posteriormente foi fortalecido com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, e com a Rede Cegonha (RC), criada no ano de 2011. A RC tem como objetivo principal qualificar as redes de atenção à saúde materno-infantil, além de reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil.

É importante dizer que o pré-natal é de suma importância para que sejam realizados diagnósticos e intervenções necessários sobre condições que tragam vulnerabilidade ao estado de saúde da gestante e a do neonato, contribuindo fortemente para a redução dos agravos maternos e fetais (BRASIL, 2016).

As orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o surgimento dessas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher permitiu estabelecer que o ideal para o acompanhamento pré-natal de baixo risco deve ser iniciado tão logo se descubra a gestação, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional, e estas consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou em domicílio, a programação dependerá do risco gestacional apresentado. O número de seis consultas seria o mínimo, sendo intercaladas entre o médico e o enfermeiro.

As consultas nas unidades básicas são realizadas conforme a idade gestacional, sendo que até 28ª semana elas serão mensais; entre a 28ª até a 36ª semana, quinzenais, e da 36ª até a 41ª semana, semanais. O acompanhamento dessas consultas acontecerá na Atenção Primária à Saúde através da ESF e da UMS, presentes em grande parte do território nacional (BRASIL, 2012).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, mostra que cabe ao enfermeiro privativamente, entre outras atividades, a consulta e a prescrição de enfermagem e como integrante da equipe de saúde, dentre diversas funções, a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, dentre elas a atenção pré-natal (BRASIL, 1987).

Durante o pré-natal, a consulta de enfermagem permite a identificação de problemas potenciais à gestante com elaboração de um planejamento necessário ao seu cuidado (ERRICO et al., 2018). As competências do enfermeiro que atuam no pré-natal são diversas, dentre elas está a realização de anamnese e exame físico céfalo-caudal completo, a solicitação de exames laboratoriais, a orientação e encaminhamento para realização de vacinas, a prescrição de medicamentos quando previstos em protocolos de saúde, avaliação do risco gestacional e encaminhamento para pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012).

Gomes *et al.* (2019) descrevem que durante o pré natal, ao acolher a mulher com qualidade, o enfermeiro melhora sua capacidade de escutar, criar relações horizontais e fortalece o vínculo, atitudes que colaboram para a melhora do processo assistencial. Desse modo, o acolhimento necessita ser visto como um processo de reorganização do trabalho além de uma adoção necessária ao enfermeiro para a garantia do acesso, poder de resolução e vínculos dentro dos serviços de saúde.

Dentre as atividades realizadas pelo enfermeiro durante o pré-natal podemos ressaltar segundo o Manual do Ministério da Saúde de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2012 , pg 47): Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a); Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; Realizar testes rápidos; Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); Orientar a vacinação das gestantes (contra

tétano e hepatite B); Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência; Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; o Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

O pré-natal de baixo risco, muito conhecido risco habitual, pode ser acompanhado de forma integral pelo enfermeiro, respaldado pela lei do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 2016). O enfermeiro está apto a efetuar a assistência pré-natal, por ter qualificação para intervir com estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e pautar seu cuidado na humanização (GOMES *et al.*, 2019). Este elabora o plano de assistência na consulta de pré-natal, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas individualmente, destacando as intervenções a serem realizadas, e as orientações, além de encaminhar para outros serviços caso necessário, o que acaba promovendo a interdisciplinaridade das ações do cuidado em saúde (GOMES *et al.*, 2019).

Algumas atividades como a realização de práticas educativas têm papel fundamental na promoção do bem-estar das gestantes, além de garantir informações acerca das transformações fisiológicas que acontecem em seu organismo, para que a própria mulher consiga diferenciar muitas das vezes que tal sintomatologia diverge do processo fisiológico e pode estar relacionada com alguma alteração na gestação. O cuidado integral durante o pré-natal estabelece uma relação de confiança com o profissional, um atendimento prazeroso, seguro e digno (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Torna-se necessária uma equipe preparada para atender pacientes com toda e qualquer desordem, sendo de suma importância a presença do enfermeiro, que tem como papel realizar um bom acolhimento e acompanhamento da gestante, realizando um atendimento digno e humanizado, durante todo o período perinatal (AGUIAR *et al.*, 2014).

Durante o pré-natal que o enfermeiro deve fazer uma avaliação dinâmica da gestante em busca de situações de risco. Esse profissional tem como dever, ficar de prontidão para identificação de problemas de forma a poder atuar com segurança tanto para a gestante quanto

para o feto, visando diminuir e prevenir complicações e por meio de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2012).

Ferreira *et al.* (2016) acrescentam que criar e adotar protocolos de cuidado pautados em evidência científica na prática clínica do enfermeiro, diariamente, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

O enfermeiro, dentro do contexto da equipe de saúde é o primeiro profissional a promover o acolhimento e conseqüentemente, ter contato mais próximo com a gestante na Atenção Primária à Saúde, o que o torna essencial dentro do cuidado pré-natal, pois este apto a identificar quaisquer intercorrências que venham a acontecer neste período. Identificar precocemente, qualquer sinal de complicações da gestação padronizando o atendimento, a partir de instrumentos que norteiam as ações essenciais, e que promovam o respeito a individualidade, não apenas no aspecto biológico da doença, contemplando a gestante em sua singularidade podem conseqüentemente trazer resultados satisfatórios ao andamento do pré-natal (THULER; WALL; BENEDET; KISSULA; SOUZA, 2018).

2.3 Importância do conhecimento do enfermeiro durante o pré-natal de mulheres com SHEG

Para Spindola *et al.* (2013), a alta prevalência da SHEG demanda do enfermeiro conhecimento adequado nos diversos cenários em que se encontre, sejam de pequena, média ou alta complexidade. A efetividade da consulta de enfermagem evidencia-se pelo reconhecimento precoce de sinais e sintomas, simultaneamente as orientações educativas e encaminhamentos que se mostrem necessários.

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro tem papel primordial na prevenção de complicações das SHEG, uma vez que fatores de risco como obesidade, hipertensão crônica, diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo são condições detectadas ainda na pré-concepção durante as consultas de enfermagem, rodas de conversas e palestras frequentemente realizadas nas unidades de saúde. As ações do enfermeiro durante a consulta de pré-natal devem trabalhar numa linha de cuidado preventivo para diminuir as complicações maternas e fetais e controlar as patologias.

O enfermeiro é visto como o profissional mais habilitado para identificar, e realizar o primeiro atendimento e o encaminhamento para o pré-natal de gestantes de alto risco caso haja necessidade, por ser reconhecido dentro da equipe multidisciplinar como possuidor de conhecimento científico para tal, além de respaldo legal. Para Nour *et al.* (2015) a SHEG é uma

das patologias com grande prevalência no período perinatal, isso portanto aumenta a importância do enfermeiro conhecer seus sinais e sintomas para fazer uma identificação precoce dos casos, tomando condutas em momento oportuno visando a prevenção de danos maiores que podem ser causados pela patologia.

De acordo com Medeiros (2016) a assistência de enfermeiros à pacientes com SHEG durante o pré-natal, parto e nascimento é essencial para resguardar a saúde do binômio mãe-filho, prevenindo complicações e assistindo as intercorrências, o que traz reflexos impactantes na qualidade da assistência prestada e preservando a vida humana.

Para Ferreira *et al.* (2016) a equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro, tem importância fundamental no processo gravídico-puerperal, todavia, estudos salientam atuação deficitária, principalmente no que diz respeito às competências específicas da obstetrícia na atenção pré-natal. Constituído-se como um fator negativo para a qualidade assistencial, visto que induz o profissional a praticar intervenções desnecessárias, ao invés de práticas baseadas em evidências.

Uma das dificuldades é que o desconhecimento da etiologia torna difícil prevenir que a patologia se instale. Todavia o enfermeiro ao realizar um acompanhamento adequado oportuniza controle do estado materno associado ao controle do crescimento e da vitalidade fetal, e evita diversas complicações. O manejo adequado na assistência a gestantes com diagnóstico de SHEG e encaminhamentos em tempo oportuno ostenta como objetivos (MONTENEGRO; REZENDE, 2016): Minimizar os riscos de complicações, evitar prematuridade desnecessária, manter uma perfusão útero-placentária adequada reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal e maximizar a sobrevivência da mãe e do bebê.

No que concerne a PA, os valores obtidos através da mensuração, a partir da vigésima semana gestacional, consistem em um dos critérios diagnósticos mais importantes para a definição dos casos e, agregado à presença de proteinúria, elucidam o diagnóstico de pré-eclâmpsia (WHO, 2016). A mensuração da PA consiste em um importante preditor de casos e deve ser adequadamente aferida para evitar falsos positivos ou negativos. O diagnóstico de HAS é confirmado quando existe alteração nos níveis pressóricos, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas entre as verificações.

Todavia para Silva *et al.* (2014), é importante que se leve em consideração além da temporalidade na verificação da PA, alguns outros aspectos, como mostra a “*Associated Health of Women and Newborns*” que divulgou um protocolo assistencial. Neste protocolo consta que a PA deve ser aferida sempre na posição sentada, com o braço posicionado ao nível do coração.

A verificação Da PA em decúbito lateral esquerdo (DLE), conforme preconizado em alguns protocolos, pode levar a um aumento significativo de 10- 14 mmHg nos níveis tensóricos, devido à maior pressão no ventrículo esquerdo exercida pela posição materna.

Ao realizar uma pesquisa sobre o assunto tendo como referências guidelines da OMS, American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), RCOG e publicações do jornal *The Lancet*, houve reforço por Silva *et al.* (2014) na recomendação em que a aferição da PA deve ser realizada sempre com a paciente sentada e braço ao nível do coração; o manguito deve apresentar dimensões apropriadas ao braço da gestante em atendimento, e a PAD deve ser aferida na quinta fase de Korotkoff e, em qualquer situação, utiliza-se esfigmomanômetro manual, pois estudos demonstram que na mensuração feita com aparelho automático, já que se encontrou uma subestimação de 5-15 mmHg tanto na PAS quanto na PAD.

É preciso dizer que, o diagnóstico diferencial torna-se difícil quando a gestante é atendida pela primeira vez após a 20ª semana de gestação já apresentando um quadro hipertensivo, todavia não sabe informar precisamente seus níveis pressóricos anteriores. Caso a gestante não seja primigesta, se tiver o mesmo companheiro da primeira gestação e valores de ácido úrico sérico menor do que 4,5mg/dL, a hipertensão arterial crônica é o diagnóstico mais provável, mesmo com a presença de proteinúria significativa. Faz-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica quando ocorrer piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação (BRASIL, 2012).

Sobre os medicamentos utilizados, Thuler *et al.* (2018) relatam que para auxiliar na prevenção dos casos de pré-eclâmpsia, o fármaco de escolha evidenciado foi o Ácido Acetilsalicílico (ASS), que quando utilizado em doses baixas, contribui de forma efetiva no controle da PA e reduziu significativamente a incidência de complicações hipertensivas durante o período gestacional quando iniciado antes da 20ª semana de gestação, preferencialmente entre a 12ª semana e a 14ª semana. A utilização da suplementação com cálcio antes da vigésima semana de gestação também produziu diminuição significativa da pré-eclâmpsia, que também integra as orientações da OMS que orienta a suplementação de cálcio nas regiões em que a ingestão de cálcio é considerada baixa (THULER *et al.*, 2018).

O uso do melhor agente medicamentoso anti-hipertensivo no tratamento da pré-eclâmpsia durante a gestação ainda traz consigo muitas controvérsias (NORONHA NETO *et al.*, 2010). Os principais medicamentos utilizados via oral são α -metildopa, β -bloqueadores (pindolol e labetalol) e bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina e nicardipina). Já nas emergências hipertensivas são utilizadas medicações por via intravenosa, como hidralazina e labetalol, ou por via oral, como a nifedipina (NORONHA NETO *et al.*, 2010).

Ainda segundo Noronha Neto *et al.* (2010), no tratamento de manutenção da hipertensão na gestação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a α -metildopa representa a droga anti-hipertensiva mais segura, efetiva e considerada de primeira linha para o tratamento da hipertensão na gravidez. A dose inicialmente utilizada é 750 mg/dia, com dose máxima de 3 g/dia. É comprovado que a utilização de α -metildopa reduz o risco de picos hipertensivos durante a gestação, todavia não garante diminuição a incidência de crescimento restrito intraútero, prematuridade, cesarianas ou morte perinatal.

Caso a gestante tenha quadro confirmado de hipertensão crônica e já faça uso de medicações anti-hipertensivas, se estas drogas forem inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, por seus efeitos danosos ao feto, estes devem ser substituídos (BRASIL, 2016). A prescrição de diuréticos deve ser evitada; porém, os tiazídicos podem ser continuados em gestantes com hipertensão crônica, desde que não contribuam para redução de volume (FEBRASGO, 2017).

É essencial ressaltar que de acordo com a legislação que subsidia as práticas da enfermagem na ESF, os enfermeiros possuem respaldo legal para prescrever medicamentos de acordo com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Portaria 1.625 de 10/7/2007 do Ministério da Saúde), como em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde

Em caso de pré-eclâmpsia não controlada com alteração de níveis pressóricos ou iminência de eclâmpsia o mais indicado é referenciar a gestante para a urgência obstétrica para que sejam tomadas as devidas condutas e, caso a gestante não tenha indicação de internação, o ideal é encaminhá-la ao pré-natal de alto risco. No contexto da ESF, esse pré-natal é compartilhado com o alto risco, o que não acontece nas unidades de saúde, onde o pré-natal é dado continuidade apenas na unidade de referência. E em caso de quadro convulsivo, denominada eclâmpsia, referenciar imediatamente a emergência obstétrica (BRASIL, 2016).

As mulheres acometidas por pré-eclâmpsia apresentam maiores riscos de resultados adversos na gestação como: parto pré-termo, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta e morte fetal. Também foi observado que as mulheres com hipertensão na gravidez tiveram maior necessidade da indução do trabalho de parto na 36ª semana de gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2016).

Durante o cuidado pré-natal, as intervenções devem ser realizadas com o objetivo de auxiliar na redução de complicações e das mortes maternas, sendo necessário o comprometimento dos profissionais de saúde na melhoria da qualidade da assistência. Cabe ao

enfermeiro o conhecimento sobre esta patologia e o aprimoramento das práticas direcionadas aos cuidados na gestação, com avaliação de risco gestacional a cada consulta.

CAPÍTULO III

3 DESENHO METODOLÓGICO

Para Minayo (2016), a metodologia é o caminho do pensamento traçado, e a prática exercida para a abordagem da realidade. Que inclui de maneira simultânea a teoria de abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador, que envolvem sua experiência, capacidade crítica e sua sensibilidade. Portanto a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade.

Diante disso, detalho a seguir o caminho metodológico utilizado para alcançar as respostas para o objetivo proposto por esta pesquisa, passando, pela apresentação do tipo de pesquisa realizada, local da pesquisa, como também a descrição da metodologia adotada.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa observacional de campo com uma abordagem qualitativa descritiva.

Para Minayo (2016), a pesquisa qualitativa tem como foco a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema a ser investigado, e que não necessariamente precisa abranger a totalidade das falas dos interlocutores. Este método pode ser entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. E no que diz respeito ao caráter descritivo, é retratado que o foco não consiste na abordagem, mas sim no processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno relacionado ao objeto de estudo (MINAYO, 2016).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Unidades da Atenção Primária à Saúde de Belém, Conhecida como Santa Maria de Belém do Grão Pará, foi fundada em 12 de janeiro de 1616, e foi a primeira capital da região norte do Brasil. A cidade localiza-se no nordeste do estado do Pará, distante 120 km do mar e 160 km da linha do Equador. Possui entrada fluvial, por ser banhada pelos rios Guamá e Pará, e pela Baía do Guajará, mas o acesso e saída da cidade são feitos pela única via que é a Rodovia BR-316. Esta cidade integra a o que conhecemos por

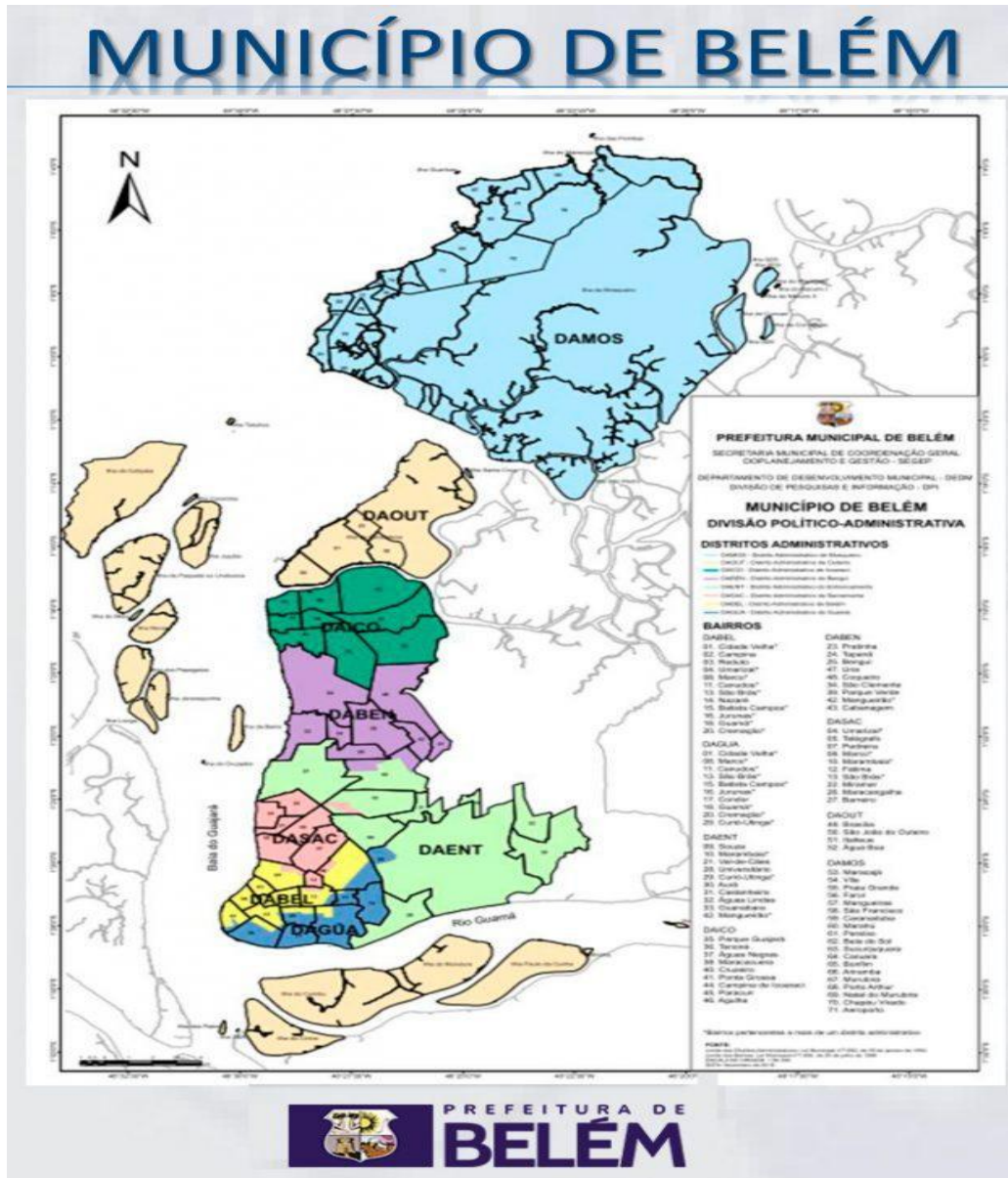
Região Metropolitana de Belém (RMB), mais especificamente a Mesorregião Metropolitana de Belém e a Microrregião Belém. Sua área territorial é de aproximadamente 1.059,406 km² (IBGE, 2010).

Geograficamente este município é composto de um cenário privilegiada, cercado por furos, canais, igarapés, rios e bacias, que se espalham e se cruzam desaguardo nos rios Pará e Guamá, desembocando na Baía do Guajará. Todavia, este cenário denota dificuldades para a mobilidade e o acesso da população aos serviços de saúde.

Este município apresenta atualmente evolução no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)/2010, sendo o índice atual de 0,746 de acordo com os dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). No que diz respeito a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica é de (47,36%), e o DAMOS é o distrito que apresenta melhor cobertura nesse nível de Atenção (100,00%), conforme dados do IBGE/2010 e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS/2016).

A cidade possui oficialmente 71 bairros e 8 distritos administrativos, são eles Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT), Distrito Administrativo do Benguí (DABEN) e Distrito Administrativo da Sacramento (DASAC).

Figura 1 – Distritos administrativos de Belém. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: Anuário estatístico da Prefeitura Municipal de Belém (2012).

No que diz respeito a serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, o número de Unidades municipais de saúde (UMS) é de 29 e de ESF 52, totalizando em 81 postos de saúde no município de Belém. Todavia, no montante das UMS, 03 delas não realizam pré-natal, apenas atendimentos de urgência e emergência.

3.2.1 Seleção das unidades de saúde

A seleção dos locais de pesquisa foi intencional. Desse modo, foi realizada uma reunião junto a Coordenação da Saúde da Mulher do município de Belém, nesta foi feito um

levantamento das unidades com o maior fluxo de atendimentos e consultas de pré-natal, e foi feita a inclusão de uma UMS e uma ESF por Distrito Administrativo, exceto no DABEL que não possui vinculada nenhuma ESF. Deste modo, chegou-se a um total de 15 unidades onde foi realizada a pesquisa, descritos no quadro abaixo.

Quadro 3 – Unidades selecionadas para realização da pesquisa de campo. Belém, PA, Brasil, 2020.

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM		
Distrito DAGUA	Unidade Municipal de Saúde	UMS Guamá
	Estratégia Saúde da Família	ESF Condor
Distrito DABEN	Unidade Municipal de Saúde	UMS Tapanã
	Estratégia Saúde da Família	ESF Pratinha
Distrito DAENT	Unidade Municipal de Saúde	UMS Marambaia
	Estratégia Saúde da Família	ESF Água Cristal
Distrito DASAC	Unidade Municipal de Saúde	UMS Sacramento
	Estratégia Saúde da Família	ESF Sacramento Mucajá
Distrito DAICO	Unidade Municipal de Saúde	UMS Icoaraci
	Estratégia Saúde da Família	ESF Tenoné 2
Distrito DAOUT	Unidade Municipal de Saúde	UMS Outeiro
	Estratégia Saúde da Família	ESF Fidélis
Distrito DAMOS	Unidade Municipal de Saúde	UMS Maracajá
	Estratégia Saúde da Família	ESF Maracajá
Distrito DABEL	Unidade Municipal de Saúde	UMS Fátima
	Estratégia Saúde da Família	Não há unidades

Fonte: elaborado pelo autor.

3.3 Participantes da pesquisa

O estudo foi composto por 15 participantes escolhidos de maneira aleatória, sendo dois enfermeiros que atuam no pré-natal de cada Distrito administrativo, exceto do DABEL que não possui ESF vinculadas, todos os outros distritos incluíram na pesquisa um enfermeiro de UMS e um de ESF. Chegamos a este número, tendo em vista a elegibilidade dos 15 locais de pesquisa dentre os 8 distritos administrativos de Belém. Houve a tentativa e incluir outro enfermeiro do distrito DABEL para fechar com o número de dois participantes por Distrito administrativo, todavia o mesmo não atendia aos critérios de inclusão.

3.3.1 Critérios de inclusão

Dentre os critérios de inclusão, foram selecionados enfermeiros concursados ou temporários vinculados a Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA); que atuavam há pelo menos um ano na assistência pré-natal no município de Belém em UMS ou ESF independente de possuir ou não especialização.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os enfermeiros vinculados através da SESMA que se encontravam de férias ou de licença de qualquer espécie, e os enfermeiros preceptores ou docentes de instituições de ensino.

3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

O instrumento utilizado para esta pesquisa foi um roteiro de entrevista (APÊNDICE B), sendo que o primeiro bloco deste roteiro trazia perguntas relacionadas ao histórico profissional do entrevistado, o segundo bloco apresentava as perguntas abertas relacionadas ao conhecimento sobre a SHEG.

É importante lembrar que a entrevista é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”, ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (MINAYO, 2016).

No que diz respeito aos procedimentos que antecederam a coleta de dados, inicialmente foi solicitada junto a SESMA a autorização para realização da pesquisa através da entrega do projeto e documentos junto ao setor de protocolo da instituição (APÊNDICE C).

Com o recebimento de carta de anuência da SESMA (ANEXO 1), aceitando a realização do estudo nas unidades de saúde selecionadas descritas no documento, o projeto foi submetido através da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará. Com a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP sob parecer N° 3.373.797, N° da CAAE: 09559719.5.0000.0018 de 06 de junho de 2019 (ANEXO 2) indicando o deferimento do projeto, foi iniciado o procedimento de coleta dos dados em campo.

A partir daí, foram realizadas as etapas dando início à coleta de dados. Inicialmente elaboramos cartas de encaminhamento para coordenadores (APÊNDICE D) e entregamos aos

coordenadores e gerentes das unidades de saúde juntamente com a carta de autorização de coleta de dados (ANEXO 3) emitida pela SESMA e o parecer do CEP, explicamos o objetivo da pesquisa, os critérios que os participantes eleitos deveriam ter, além da apresentação da pesquisadora para que o responsável pela unidade de saúde tivesse ciência da presença da mesma posteriormente durante a coleta dos dados. Foi solicitado ao responsável pela unidade que apresentasse a pesquisadora aos enfermeiros que atendiam o programa de Pré-Natal, após isso foi explicado a cada um individualmente, em um local privativo como aconteceria o estudo, e neste momento já foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Aos enfermeiros se enquadram nos critérios de inclusão, foi indagado sobre seu interesse em participar da pesquisa, e informado que o procedimento de coleta levaria por volta de 50 minutos em média, e com aqueles que se mostraram disponíveis, foi acordado a melhor data e horário para realização da entrevista.

A entrevista foi realizada dentro das UMS e das ESF, em uma sala privativa, na data e horário previamente agendada, e foi observado atentamente se o local preservava a privacidade do entrevistado, foi entregue para leitura novamente o TCLE e formalizada a assinatura em duas vias sendo uma para arquivamento e outra para o participante, novamente foram lembrados os objetivos da pesquisa e o procedimento de coleta de dados, reforçando em qualquer momento o participante poderia se sentir à vontade para retirar-se da pesquisa, sem sofrer nenhum dano, e que sua identidade será totalmente preservada.

Em seguida a entrevista foi realizada tendo como base o instrumento que foi elaborado previamente (APÊNDICE B). A entrevista foi individualizada e privada, foi afirmado que todos os entrevistados terão suas identidades preservadas, sendo citados e identificados por códigos, como por exemplo, NURSE-UMS-1, NURSE-ESF-1, NURSE-UMS-2, NURSE-ESF-2, e assim sucessivamente. As respostas obtidas foram registradas através de um aplicativo de áudio de um smartphone.

Posteriormente foi realizada a transcrição das entrevistas para um documento no Microsoft Word® com auxílio de fone de ouvido, em seguida as informações foram lidas e analisadas.

3.5 Análise dos dados

Para o processo de tratamento e análise dos dados obtidos através das entrevistas, a fim de responder o questionamento da pesquisa, e alcançar o objetivo proposto, foi utilizada a

técnica de Análise do Conteúdo, que para Bardin (2016, p. 44): "é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens".

A Análise do Conteúdo tem como ponto de partida a organização do material, e o método deve ser aplicado com coerência, e estar de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e enunciados. Esse método se organiza em três etapas que são a pré-análise, a exploração do material e posteriormente o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A etapa de pré-análise, segundo Bardin (2016), é uma fase de organização do material propriamente dita, e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Vários procedimentos podem ser utilizados, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. Nesta etapa, o material é organizado, vai compor o *corpus* da pesquisa.

Bardin (2016) afirma que, quando as diferentes operações da pré-análise forem concluídas, a fase de análise de fato, nada mais é do que a aplicação sistematizada das decisões tomadas.

Na etapa que consiste na exploração do material, o principal objetivo é realizar a codificação que segundo Bardin (2016, pág. 133) é considerada "uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação ou enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão". Nos procedimentos relativos a esta etapa foi utilizado, o Software *Interface de R pour le Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) 0.6 alpha 3, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que trata-se de um programa, livre, gratuito e desenvolvido sob a lógica da *open source*, licenciado por GNU GPL (v2), ligado ao pacote estatístico R e utiliza a linguagem *Phyton*. Este programa traz rigor estatístico às pesquisas qualitativas, permitindo fazer análises estatísticas sobre o corpus textual, otimizando o processo e codificação das mesmas além de, fornecer subsídios necessários para a definição das categorias temáticas a serem analisadas e discutidas pelo pesquisador (CAMARGO; JUSTOS, 2013).

É importante ressaltar que o Software IRaMuTeQ se trata de uma ferramenta auxiliar no processamento da análise estatística de dados e não é um método de pesquisa, portanto não assumiu o papel do pesquisador na análise das informações. A análise estatística das informações foi realizada de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), definida pelo programa e interpretadas pelo pesquisador à luz de estudiosos do mesmo

tema/objeto de estudo, foi utilizado o teste de Reinert para auxílio no surgimento das categorias (SALVADOR *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).

Após o processamento dos dados, as palavras sofreram agrupamento e foram organizadas pelo software em classes, em ordem decrescente conforme a frequência (f) em que ocorria e aplicando-se o teste de qui-quadrado (χ^2), com valores $> 4,15$ e p-valor $< 0,04154$, atribuindo o grau de força estatística de ocorrência, etapa que vai iniciar o processo de submissão a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Para Souza *et al.* (2018), a utilização do IRaMuTeQ é de grande utilidade por permitir ao pesquisador analisar um grande volume de conteúdo textual, gerando agilidade na organização e separação das informações, além de aumentar significativamente a eficiência do processo, além de permitir localizar facilmente segmentos do texto que sejam relevantes a análise dos dados.

Bardin (2016) relata que a análise de conteúdo, como um grupo de técnicas de análise de comunicações, com o passar dos anos, apresentou algumas reformulações quando comparada com a Análise de Conteúdo Clássica proposta por Krippendorff (1980), onde vem se mostrando uma análise mais contemporânea, e com princípios metodológicos motivados pelo uso do computador.

Souza *et al.* (2018) abordam que a utilização de um programa de computador facilita o processo de codificação, organização e separação das informações, além de permitir uma rápida de todo o segmento de texto utilizado. A informática revolucionou análise do conteúdo, pois enormes volumes de dados podem ser “lidos” sequencialmente pelo computador, e a fiabilidade é perfeita, pois o computador não tolera a incerteza. Todavia seu uso só se torna viável se o pesquisador conhecer suficientemente seus dados, seu contexto e for capaz de explicar esse conhecimento dentro do programa (BARDIN, 2016).

Na última etapa da análise de conteúdo, o pesquisador tendo ao seu dispor resultados significativos pode propor inferências e transpor interpretações de acordo com o objetivo que foi proposto inicialmente, ou que digam respeito a outras descobertas não esperadas. Neste momento podem também ser realizadas operações estatísticas, provas de validação, seleção dos resultados (BARDIN, 2016). Neste momento serão construídos os eixos temáticos a partir da análise do conteúdo.

Prosseguindo as etapas propostas por este método e com auxílio da literatura sobre a temática será realizada a discussão tendo como foco alcançar o objetivo proposto.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi protocolado junto a SESMA, solicitando autorização com uma carta de encaminhamento para realização do estudo (APÊNDICE C), após recebimento da carta de anuência, submetido através da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará-UFPA, sendo liberado após parecer consubstanciado.

O consentimento pela participação na pesquisa teve como respaldo a aceitação dos participantes e a assinatura do TCLE, assinado em duas vias, sendo que uma delas ficou em posse do informante e a outra com a pesquisadora. O TCLE foi elaborado com uma abordagem acessível à clientela, todos os aspectos foram explicados minuciosamente aos participantes, e estavam de acordo com a resolução 466/2012, que rege sobre as pesquisas realizadas com seres humanos.

A todos os entrevistados, foi assegurado que a utilização das informações não traria nenhum tipo de prejuízo às pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Essa Resolução sobre pesquisa envolvendo seres humanos incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, as quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Na construção do relatório final, as falas dos participantes foram apresentadas respeitando-se o anonimato, e para garantir foi aplicado um sistema de codificação garantindo o sigilo absoluto dos voluntários de modo a evitar que as informações obtidas para fins desta pesquisa, resultassem em riscos ou prejuízos, de qualquer ordem, à pessoa destes.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo materializa o discurso dos enfermeiros que atendem pré-natal na Atenção Primária à Saúde abordando seus conhecimentos acerca das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação.

4.1 Perfil dos participantes entrevistados

Para condução do estudo, entrevistamos 15 enfermeiros que atuam diretamente na assistência pré-natal em UMS e ESF no município de Belém.

A Tabela 2 refere-se aos dados pessoais dos participantes. A idade variou entre 26 a 54 anos; a maioria é do sexo feminino, 13 (86,6%) e 02 (13,4%) do sexo masculino.

TABELA 2 – Dados pessoais dos (as) participantes da pesquisa.

<i>Participante</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>
NURSE 1 UMS	46 anos	Feminino
NURSE 2 ESF	34 anos	Feminino
NURSE 3 UMS	47 anos	Feminino
NURSE 4 ESF	26 anos	Feminino
NURSE 5 ESF	54 anos	Feminino
NURSE 6 UMS	32 anos	Feminino
NURSE 7 UMS	61 anos	Feminino
NURSE 8 UMS	50 anos	Feminino
NURSE 9 ESF	30 anos	Feminino
NURSE 10 ESF	40 anos	Feminino
NURSE 11 UMS	46 anos	Masculino
NURSE 12 UMS	46 anos	Feminino
NURSE 13 UMS	32 anos	Feminino
NURSE 14 ESF	26 anos	Feminino
NURSE 15 ESF	29 anos	Masculino

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2020.

A tabela 3 retrata características acerca do tempo de formação e das áreas de especialidade. O tempo de formação teve variação entre 2 a 35 anos. Entre os participantes do estudo 13 (86,6%) possuem pelo menos uma pós-graduação e 02 (13,4%) não possuem nenhuma pós-graduação. Dentre estes, 4 possuem pós-graduação em obstetrícia, 1 em neonatologia, 1 em cardiologia e hemodinâmica, 3 em terapia intensiva, 2 em urgência e emergência, 1 em Atenção Primária à Saúde e 1 em saúde pública.

TABELA 3 – Dados profissionais dos participantes da pesquisa.

<i>Participante</i>	Tempo de formação	Especialista	Área da especialidade
NURSE 1 UMS	19 anos	Não	Não possui
NURSE 2 ESF	07 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 3 UMS	21 anos	Sim	Enfermagem em Neonatologia
NURSE 4 ESF	03 anos	Sim	Cardiologia e Hemodinâmica
NURSE 5 ESF	18 anos	Sim	Atenção Básica
NURSE 6 UMS	05 anos	Sim	Enfermagem em Urgência e Emergência
NURSE 7 UMS	35 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 8 UMS	26 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 9 ESF	09 anos	Sim	Enfermagem em Urgência e Emergência
NURSE 10 ESF	08 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva
NURSE 11 UMS	20 anos	Não	Não possui
NURSE 12 UMS	24 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública
NURSE 13 UMS	09 anos	Sim	Saúde Pública
NURSE 14 ESF	03 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva
NURSE 15 ESF	02 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva adulto e neonatal

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2020.

A tabela 4 traz informações acerca da atuação na Atenção Primária à Saúde. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, a variação foi entre 1 ano e 6 meses a 34 anos. Quando perguntados sobre a realização de capacitações na área de pré-natal, do total de enfermeiros entrevistados, 13 (86,6%), já realizaram em algum momento capacitação e 2

(13,4%) nunca participaram de nenhum tipo de capacitação na área. Em relação a quanto se passou desde a última capacitação em que participou promovida pela secretaria a que estão vinculados, a variação foi entre 1 a 10 anos.

TABELA 4 – Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

<i>Participante</i>	Tempo de formação	Especialista	Área da especialidade
NURSE 1 UMS	19 anos	Não	Não possui
NURSE 2 ESF	07 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 3 UMS	21 anos	Sim	Enfermagem em Neonatologia
NURSE 4 ESF	03 anos	Sim	Cardiologia e Hemodinâmica
NURSE 5 ESF	18 anos	Sim	Atenção Básica
NURSE 6 UMS	05 anos	Sim	Enfermagem em Urgência e Emergência
NURSE 7 UMS	35 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 8 UMS	26 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica
NURSE 9 ESF	09 anos	Sim	Enfermagem em Urgência e Emergência
NURSE 10 ESF	08 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva
NURSE 11 UMS	20 anos	Não	Não possui
NURSE 12 UMS	24 anos	Sim	Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública
NURSE 13 UMS	09 anos	Sim	Saúde Pública
NURSE 14 ESF	03 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva
NURSE 15 ESF	02 anos	Sim	Enfermagem em Terapia Intensiva adulto e neonatal

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2020.

4.2 Processo de produção dos resultados com o uso IRAMUTEQ

Buscando desvelar o que os enfermeiros atuantes na assistência pré-natal das unidades básicas do município de Belém conhecem sobre a SHEG, e em função do número de participantes ser significativo para um contexto de pesquisa qualitativa, optamos pela utilização de uma ferramenta auxiliar na análise e tratamento do conteúdo fornecido pelos participantes,

no sentido de realizar a ilação e interpretação dos resultados que apresentam teor mais significativo para o estudo.

No primeiro momento o *software* realizou análise estatística do “*corpus textual*”, previamente preparado e tratado para que pudesse ser submetido ao programa, e obtivesse êxito na leitura. O *corpus* foi construído por 15 textos que representa cada uma das 15 entrevistas realizadas. Em seguida, houve fragmentação do *corpus* pelo *software* em 180 segmentos de texto (ST), onde 143 ST foram aproveitados o que representou 79,44% desse total. Sendo cada ST, constituído das palavras encontradas em trechos do *corpus textual*, com aproximadamente 3 linhas.

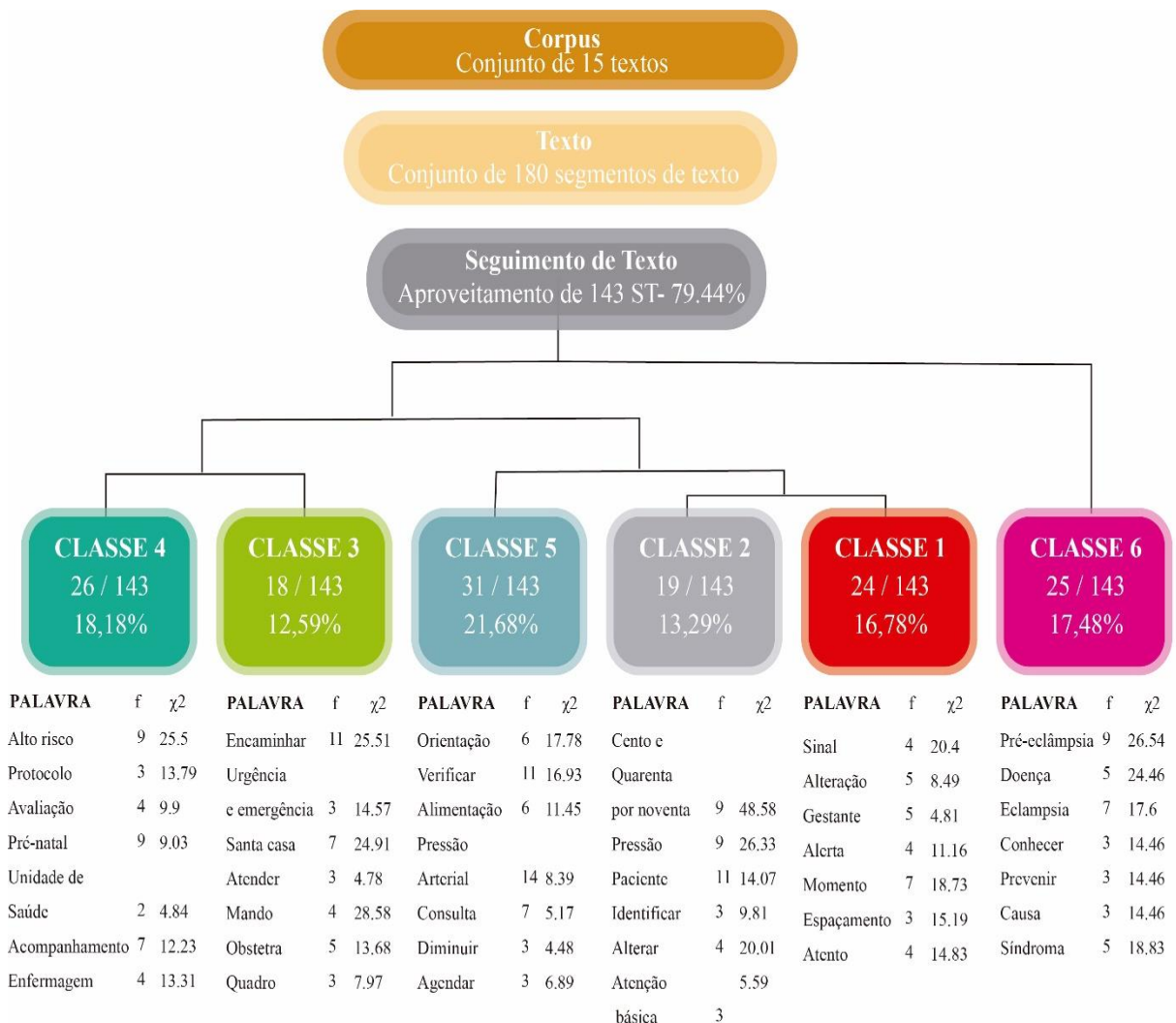
Emergiram 6300 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) do produto desse aproveitamento do *corpus*, destas 1223 são palavras distintas (palavras diferentes) e 646 tiveram uma única ocorrência denominadas pelo programa de *Hápax*, equivalente a 10.25% do total de ocorrências.

Após o processamento dos dados, as palavras sofreram agrupamento e foram organizadas pelo *software* em classes, em ordem decrescente conforme a frequência (f) em que ocorria e aplicando-se o teste de qui-quadrado (χ^2), com valores $> 4,15$ e p -valor $< 0,04154$, atribuindo o grau de força estatística de ocorrência, etapa que vai iniciar o processo de submissão a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Para a preparação do *corpus* a CHD foram utilizadas três etapas detalhadas a seguir: inicialmente foi realizada a preparação do texto inicial (*corpus textual*); em seguida a CHD, realizada pelo *software*, e a interpretação das classes. Sendo assim, o *Corpus* passou a ser composto por seis classes, e para cada uma das classes foi computada e atribuída uma lista de palavras mais significativas que as traduzem e através do teste qui-quadrado (χ^2) e $p < 0,0001$, foi atribuída a força estatística e a frequência (f) de suas ocorrências, agrupando as palavras comuns entre si e diferentes entre elas.

Para haver uma melhor compreensão do que foi descrito acima sobre a organização do *Corpus*, elaborou-se um organograma a partir do *phylograma* fornecido pelo IRAMUTEQ, que demonstra as classes e a lista de palavras, com sua frequência (f) de ocorrências geradas a partir do teste qui-quadrado (χ^2). Após isso, foi apresentada graficamente a formação do *corpus*, do fragmento do texto em segmentos, do grau de aproveitamento e apresentada a lista de palavras, formas e vocábulo agrupados por classe e as ocorrências diferentes agrupadas entre as classes emergentes, apresentados na figura a seguir.

Figura 2 – Dendograma do tipo Phylograma. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: análise de dados pelo IRAMUTEQ.

Após o processamento das informações dentro do software, o próximo passo foi realizar o procedimento de análise e interpretação dos conceitos e ideias que aparecem nas classes, que demandou do pesquisador uma forte necessidade de concentração, leitura e imersão nos sentidos das palavras que originaram cada classe formada.

Feito isto, iniciou-se a etapa que se refere ao tratamento, inferência e interpretação das seis classes geradas e ordenadas hierarquicamente pelo IRAMUTEQ. E a pesquisadora realizou a análise e interpretação de forma exaustiva levando em conta a ocorrência de palavras significativas e os textos provenientes dos relatos dos participantes com o objetivo de produzir

as categorias temáticas. Para Bardin (2016), a intenção de qualquer investigação é produzir inferências que sejam válidas.

Diante da releitura dos segmentos de texto do material que foi transcrito associado à interpretação da ocorrência das palavras com maior força, os cenários foram identificados e o tema central foi inferido em cada uma das classes emergentes, formando as categorias sendo sustentadas pelas produções existentes sobre o objeto de estudo.

4.3 Categorização dos dados

Para Bardin (2016), a categorização se define a partir da classificação dos elementos que se compõe de um conjunto por diferenciação, seguido pelo reagrupamento segundo o gênero, com critérios definidos previamente. São rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos a partir de um título genérico, agrupamento esse, realizado em razão das características semelhantes destes elementos, neste caso o discurso.

Por fim, a partir da análise dos resultados, alcançaram-se as seguintes categorias e subcategorias, demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 4 – Categorias temáticas. Belém, PA, Brasil, 2020.

CLASSES	CATEGORIAS	
CLASSE 6	CATEGORIA 1	Principais aspectos sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG).
	Subcategoria 1	Conhecimento dos enfermeiros do pré-natal sobre a SHEG e suas manifestações clínicas.
	Subcategoria 2	Medidas preventivas para redução das complicações desencadeadas pela SHEG durante pré-natal na Atenção Primária à Saúde
CLASSE 3	CATEGORIA 2	Acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde de gestantes com SHEG
CLASSE 4	Subcategoria 1	Fatores associados ao encaminhamento de gestantes com SHEG para urgências e emergências obstétricas
CLASSE 1 CLASSE 2	CATEGORIA 3	Assistência do enfermeiro frente a gestante com diagnóstico de SHEG
CLASSE 5	CATEGORIA 4	Conhecimento dos enfermeiros sobre fatores nutricionais na gestação e a relação com a SHEG

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.3.1 Principais aspectos sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG)

Esta categoria de análise surgiu a partir da Classe 6 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido a formação da categoria foram: pré-eclâmpsia, doença, eclâmpsia, conhecer, prevenir, causa, entre outras.

Dentre as diversas patologias que acometem o período gestacional e puerperal, a SHEG se coloca como a mais frequente, além de ser a primeira causa de morte materna do Brasil, especialmente, quando manifestada em suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (ARAÚJO *et al.*, 2017). A SHEG pode causar muitas complicações, entretanto é, por vezes, uma enfermidade evitável, quando bem conduzida através de uma efetiva assistência pré-natal, por meio da prevenção, detecção precoce e controle dos fatores de risco.

Nos relatos abaixo podemos observar a percepção de alguns participantes quanto a gravidade ao qual a patologia pode submeter uma gestação previamente saudável:

Merece uma atenção especial dos profissionais e toda equipe multiprofissional doença que causa morte materna morte fetal. Então é muito importante o rastreamento e o acompanhamento adequado das gestantes durante o pré-natal, podemos reconhecer o quadro de uma paciente que pode ter esse quadro tanto pelo exame físico quanto também pelos exames laboratoriais e o acompanhamento da pressão arterial dessa paciente durante o decorrer das consultas (NURSE 11 UMS)

O que eu conheço da doença hipertensiva específica da gestação é que acomete mais mulheres mais novas, ou então mais velhas, normalmente se repete nas outras gestações caracteriza por hipertensão edema albuminúria pode causar morte tanto do bebê como da mãe por hemorragia, ocorre mais no terceiro trimestre de gestação e pode ser acompanhado e controlado, a gente reconhece porque normalmente ocorre no final do terceiro trimestre e quando a gente percebe já começou a ocorrer aumento da pressão arterial (NURSE 8 UMS)

A pré-eclâmpsia complica cerca de 5 a 7% das gestações no mundo, e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, com risco aumentado de desencadeamento de eclâmpsia, edema pulmonar, acidente vascular encefálico, disfunções hepática e renal e óbito, caso não ocorram intervenções adequadas. E no Brasil, atinge níveis de incidência de 7,5%. Esta patologia, além das complicações maternas, está diretamente ligada ao aumento das complicações para o feto, a exemplo da prematuridade, surgimento de anomalias fetais, crescimento intrauterino restrito, óbito fetal intraútero e neonatos considerados pequenos para a idade gestacional (PIG) (MARIANO *et al.*, 2018).

Durante o período gestacional classificado como normal, diversas mudanças ocorrem no organismo materno como formas de adaptação à gestação, dentre elas, acontecem alterações

compensatórias em nível de sistema cardiovascular e renal, o que não ocorre nas pacientes com diagnóstico de SHEG (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2016).

Neste contexto, os participantes destacam os aspectos principais sobre a SHEG patologia que acomete um percentual significativo das mulheres grávidas. Diante disso, surgindo duas (02) subcategorias: “Conhecimento dos enfermeiros do pré-natal sobre a SHEG e suas manifestações clínicas” e “Prevenção das complicações desencadeadas pela SHEG”.

4.3.1.1 Conhecimento dos enfermeiros do pré-natal sobre a SHEG e suas manifestações clínicas

Esta subcategoria discorre sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre a SHEG e suas manifestações clínicas. Os enfermeiros atuantes no pré-natal precisam conhecer esta patologia e suas diversas manifestações clínicas para tomar ações efetivas em saúde, já que a doença aparece no ranking da mortalidade materna como sendo a segunda maior causa de mortes a nível mundial, ficando apenas atrás das hemorragias (FERREIRA *et al.*, 2016). Além disso, pelo menos 10% das gestações no mundo desenvolve alguma desordem de causa hipertensiva nas gestantes (GUIDÃO *et al.*, 2020).

Apesar de possuir extrema relevância para a saúde pública, a etiologia da SHEG ainda permanece desconhecida, o que se sabe é decorre do defeito na invasão do trofoblasto nas arteríolas espiraladas uterinas durante a nidação (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O conhecimento científico do enfermeiro referente a essa patologia é de grande importância, pois haverá uma padronização das condutas auxiliando no raciocínio e na tomada de decisões no atendimento da gestante. Vai estabelecer, portanto novos cuidados às clientes predispostas a desenvolver a patologia, como também promover intervenções de maneira preventiva, favorecendo uma gestação mais saudável e contribuindo para uma melhor qualidade de vida da gestante e conseqüentemente do neonato.

O cuidado do enfermeiro, guiado por seu conhecimento, junto às mulheres com distúrbios hipertensivos na gestação contribui para a diminuição da mortalidade materna e neonatal. O relato dos participantes a seguir, contextualiza as dimensões desses aspectos à luz de seus conhecimentos sobre a SHEG:

[...] as síndromes hipertensivas específicas da gestação [...] é uma das doenças mais frequentes durante a gestação que podem causar complicações na gestação no parto e no pós-parto sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. (NURSE 13UMS)

[...] então, a gente observa mais na nossa prática a pré-eclâmpsia [...] a gente observa muito durante o pré-natal. (NURSE 4 ESF)

[...] é uma doença que acomete muitas mulheres, em relação ao pré-natal, gravidez devido às vezes passar pela falta qualificada de um bom pré-natal. (NURSE 11 UMS)

Estou atuando no pré-natal há 19 anos, a gente enquanto enfermeiro esta avaliando muito a questão dos antecedentes familiares das pacientes, antecedentes pessoais, se na gravidez passada elas têm apresentado muito sobre síndromes hipertensivas específicas da gestação e assim quando elas vêm até a unidade básica de saúde, é solicitado para que ela não verifique a pressão arterial só na unidade básica de saúde porque eu tenho muita gestante que está tendo pressão alta só durante a gestação, as vezes no mês que elas estão pra ter o bebê apresentam a pressão alta e por incrível que pareça a maioria são jovens as vezes ate 30 anos o número de pacientes que eu tenho acima de 35 anos também é muito grande mas elas quase não tem apresentado as síndromes hipertensivas específicas da gestação e às vezes quando estou fazendo uma avaliação eu vejo que não tem nem antecedente familiar (NURSE 01 UMS)

A primeira identificação realmente é a alteração da pressão arterial só o início dessa alteração de pressão arterial já leva a gente enquanto enfermeiro a fazer esse monitoramento para poder identificar se é mesmo momentâneo ou se vai ser algo que vai ser persistente durante a gestação e também avaliando os demais exames (NURSE 05 ESF)

Existe uma variação grande nos discursos dos participantes acerca desta temática, provavelmente pelo fato da SHEG apresentar diversas classificações, e quadro clínico variado. Todavia percebe-se que alguns dos participantes demonstram são mais diretos em suas respostas não se atendo a tantos detalhes sobre esta patologia, deixando de relatar aspectos importantes, conforme podemos observar. É importante ressaltar que o enfermeiro precisa de conhecimento acerca desta patologia para identificar as necessidades desta gestante para subsidiar ações durante o cuidado pré-natal (ERRICO *et al.*, 2017).

De fato, em concordância com um dos participantes, no cuidado pré-natal, o quadro de distúrbio hipertensivo da gravidez mais observado, é a pré-eclâmpsia, já que esta é uma das manifestações mais brandas no quadro da SHEG, portanto os casos que evoluem com complicações ou agravamento geralmente serão acompanhados e tratados a nível secundário e nível terciário. Todavia isso não exige o enfermeiro de conhecer a patologia e todos os seus aspectos importantes, visto que identificá-la precocemente garante um melhor desfecho para a gestante.

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro é geralmente o profissional que possui a relação mais próxima com as gestantes, o que lhes torna essencial na identificação precoce de qualquer alteração relacionada à SHEG. Portanto, conhecer a patologia e suas diversas manifestações é algo essencial dentro do pré-natal (THULER *et al.*, 2018).

[...] após a vigésima semana de gestação se a paciente teve alguma alteração na pressão arterial [...] ela pode desenvolver uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. (NURSE 14 ESF)

[...] a gente reconhece a síndrome hipertensiva específica da gestação através dos níveis de pressão arterial [...] como é que está o exame de urina, se tem proteinúria. (NURSE 4 ESF)

Percebemos que os participantes têm apoio da literatura, pois a Febrasgo (2017) define a pré-eclâmpsia através da elevação da PA pela primeira vez após a vigésima semana de gestação associada ou não a proteinúria, podendo em alguns casos estar sobreposta a outro estado hipertensivo. Esta patologia decorre da má perfusão placentária e disfunção endotelial (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Todavia, é importante saber que se pode fechar o diagnóstico de PE na ausência de proteinúria, baseado na presença de outros sinais e sintomas como cefaléia, alterações visuais, exames laboratoriais alterados como plaquetopenia (menor que 100.000/mm³), elevação de enzimas hepáticas, comprometimento renal ou ainda edema pulmonar e distúrbios visuais ou cerebrais, como cefaléia, escotomas ou convulsão (FEBRASGO, 2017).

De forma geral, observa-se que as definições dos participantes acerca da temática não se atêm aos detalhes dos sinais e sintomas, e quadro clínico da patologia. Isso se torna preocupante visto que o conhecimento científico deve subsidiar as ações dentro da assistência pré-natal, e conhecer superficialmente a patologia em questão, no caso a SHEG, pode abrir lacunas dentro do cuidado prestado.

É importante ressaltar no que se referem ao conteúdo das entrevistas poucos participantes classificou a SHEG, baseado no que a literatura retrata, como podemos observar.

Conheço as síndromes hipertensivas específicas da gestação, a hipertensão crônica, que já é observada antes da gestação, ou antes, da vigésima semana de gestação, a pré-eclâmpsia e eclâmpsia e a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica [...] a hipertensão gestacional sem proteinúria.” (NURSE 14 ESF)

A gente pode dividir essa síndrome hipertensiva específica da gestação em hipertensão crônica, que é aquela mulher que apresenta um estado hipertensivo antes do início da gestação ou no período antes da vigésima semana de gestação. (NURSE 13 UMS)

Aqui a gente observa que as síndromes hipertensivas específicas da gestação nem sempre está associado com a albuminúria, às vezes elas estão com hipertensão arterial mas não apresentam albuminúria, são os quadros hipertensivos que acontecem na gestação elas anteriormente não eram hipertensas (NURSE 5 ESF)

Thuler *et al.* (2018) trazem em seu estudo que a SHEG pode ser classificada como: Pré-Eclâmpsia, Hipertensão Crônica, identificada antes da gestação ou antes da vigésima semana e Pré-Eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, que ocorre quando a paciente apresenta

hipertensão prévia e proteinúria após a vigésima semana de gestação, e a eclâmpsia quando já aparecem crises convulsivas.

Sem apoio na literatura um dos participantes descreveu dentro da discussão sobre a SHEG uma classificação inexistente que chamou de “pós-eclâmpsia” como podemos ver a seguir:

[...] merece uma atenção especial dos profissionais e toda equipe multiprofissional, doença que causa morte materna, morte fetal, que são as eclâmpsias, pré-eclâmpsias e pós-eclâmpsias. (NURSE11UMS)

Dentre as diversas complicações que podem surgir em decorrência da SHEG, o aparecimento de crises convulsivas, é frequente, e demonstra agravamento do quadro, sendo relatados abaixo:

É um forte indício que ela realmente tem uma pré-eclâmpsia e que ela é uma forte candidata a desenvolver e evoluir para uma eclâmpsia, e ela só vai ter uma eclâmpsia quando já acontece a convulsão. (NURSE 7 UMS)

[...] a complicação mais grave de todas que é a eclâmpsia, que corresponde ao quadro de pré-eclâmpsia que complica por convulsões e que podem também ser atribuídas a outras causas excluindo no caso o edema que não é mais uma classificação. (NURSE 13 UMS)

Em virtude da irritabilidade do sistema nervoso, instalam-se as convulsões tônico-clônicas e o quadro é chamado eclâmpsia, é importante que se confirme que o quadro convulsivo não seja originado de epilepsia ou outros distúrbios que causem convulsões (FEBRASGO, 2017; THULER *et al.*, 2018)

Acerca do que foi exposto pelo participante sobre o edema não fazer parte mais da classificação da SHEG, sabemos que anteriormente era considerado forte indicador para diagnóstico desta patologia, dentro do que se denominava “tríade”, relacionando hipertensão, proteinúria e edema como sinais clássicos da síndrome hipertensiva, mas atualmente após entender-se que é um achado comum na gestação, entra apenas como critério de risco para a gestação caso esteja associado à elevação de níveis pressóricos e não de definição diagnóstica (BRASIL, 2016). Contudo, a SHEG se instala e apresenta como característica o aumento da resistência vascular periférica, elevando os níveis pressóricos, e como mecanismo compensatório tende a extravasar plasma para o espaço intravascular, formando o edema, e consequentemente retenção de água e sal (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Todavia este achado ainda é muito utilizado como sinal para confirmação da pré-eclâmpsia, o que demonstra uma desatualização neste assunto, como foi descrito pelos participantes nos trechos a seguir:

[...] é a tríade gestacional [...] essas três a hipertensão o edema e a albuminúria já caracteriza a pré-eclâmpsia. (NURSE 7 UMS)

[...] caracteriza por hipertensão, edema, albuminúria, pode causar morte tanto do bebê como da mãe por hemorragia. (NURSE 8 UMS)

É importante, portanto neste contexto que se refere à fala dos participantes, em que alguns conceitos relativos a esta patologia estão confrontando com o que as evidências mais atuais trazem, que o profissional busque por aprimoramento, seja ele oferecido pelo serviço ou mesmo partindo do próprio enfermeiro que está atendendo o pré-natal, para que não haja prejuízo no cuidado prestado.

A SHEG é uma patologia que não tem cura, exceto quando se opta pela interrupção da gestação, e um dos quadros de maior gravidade é quando evolui para a Síndrome HELLP. Estudos de Braida *et al.* (2014) descrevem que dentre as complicações ligadas a esta síndrome, podemos verificar a presença de insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, eclâmpsia, dentre as diversas complicações que podem aumentar os índices de mortalidade. É importante ressaltar que esta patologia pode ser considerada secundária se desenvolvendo a partir de um quadro atípico de pré-eclâmpsia grave, e sua identificação ocorre através de alterações laboratoriais (BRAIDA, 2014).

Em função disso é de extrema importância que o enfermeiro durante o atendimento pré-natal saiba classificar e identificar a SHEG para tome condutas em tempo oportuno. Percebemos que neste estudo, dentre as falas dos participantes, apenas um comentou de forma sucinta sobre a síndrome HELLP, reforçando apenas que sabia existir este agravamento. Em um contexto em que a identificação deste quadro é essencialmente laboratorial, já que seus sintomas são geralmente inespecíficos, e que pode ser avaliado pelo enfermeiro durante o pré-natal, caso ele seja dotado de conhecimento sobre a síndrome, isso é um fato extremamente preocupante.

Sobre as síndromes hipertensivas o que a gente observa mais na atenção básica é a pré-eclâmpsia, mas tem que conhecer às outras como [...] a síndrome de HELLP. (NURSE 15 ESF)

Mariano *et al.* (2018), descrevem que HELLP, é uma palavra derivada do inglês “*Hemolysis*”, “*Elevated Liver enzymes*”. “*Low Platelets*”, e essa síndrome se caracteriza por hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas. Os dados mostram que pode acometer cerca de 4-12% dos casos de pré-eclâmpsia grave, e apresenta elevada mortalidade materna e perinatal de respectivamente 24% e 40%. Esta síndrome se remete a anemia hemolítica microangiopática e ao vasoespasmos no fígado materno. O quadro de sintomas é

inespecífico, podendo a gestante apresentar mal-estar, epigastralgia, náuseas e cefaléia. É interessante ressaltar que na presença de plaquetopenia em uma paciente com PE, deve-se pensar prioritariamente em síndrome de HELLP (FEBRASGO, 2017).

Diversos fatores de risco podem ser detectáveis durante a assistência pré-natal, e conhecê-los é imprescindível para guiar a orientação dos profissionais de saúde visando a prevenção, diagnóstico precoce além de colaborar para a educação em saúde reduzindo, portanto, os danos às gestantes e seus conceitos (ARAÚJO *et al.*, 2017). Dentre os aspectos descritos pelos participantes, no que se refere aos fatores de risco que influenciam diretamente na patologia, podemos observar nas falas a seguir:

O que eu conheço [...] é que acomete mais mulheres mais novas ou então mais velhas normalmente ela se repete nas outras gestações [...] (NURSE 8 UMS)

[...] e a questão da idade a gente pontua muito são vários os fatores de risco para desenvolvimento da síndrome. (NURSE 9 ESF)

A faixa etária está dentro dos fatores de risco associados à SHEG sendo mais predisponentes em mulheres menores de 18 anos (adolescentes) ou maiores de 35 anos. Araújo *et al.* (2017) retratam em seu estudo que os distúrbios hipertensivos têm grande incidência em mulheres grávidas em idade avançada, que pode ser justificado pelo comprometimento vascular ocasionado pela idade, elevando a susceptibilidade ao quadro hipertensivo.

Existe também uma grande vulnerabilidade para que adolescentes gestantes apresentem SHEG, visto que quando comparadas às mulheres adultas, apresentam imaturidade de órgãos e sistemas, dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde. E esta incidência aumenta mais ainda quando se trata de meninas mais jovens, com idade menor que 16 anos, pois neste grupo existe um maior número de nulíparas, que são as mulheres que nunca pariram, e apresentam estado nutricional deficiente e em sua maioria com ausência dos cuidados pré-natais (BACELAR *et al.*, 2017).

Ainda no tocante que se refere aos fatores de risco, a nuliparidade citada acima é contemplada na fala a seguir, que apesar de não ter sido aprofundado pelo participante, corrobora com a literatura.

Existem vários fatores de risco principalmente aquelas mulheres que nunca tiveram filho. (NURSE 9 ESF)

Ainda de acordo com Bacelar *et al.* (2017), a pré-eclâmpsia acomete de 6 a 10% das gestantes nulíparas, sendo de grande relevância a identificação dos sinais e sintomas precocemente e atuação da equipe de saúde, visando garantir os melhores desfechos possíveis.

Os participantes em sua maioria consideraram a SHEG, sobretudo a pré-eclâmpsia, como sendo uma situação de risco com potencial de agravamento para a mulher e feto, necessitando de vigilância constante e condução adequada, a fim de evitar evolução do quadro e complicações para o binômio mãe e feto. Entretanto muitos não sabiam classificar e descrever os demais sinais e sintomas que a paciente poderia manifestar, concentrando-se apenas na hipertensão e proteinúria. Poucos foram os relatos que incluíram a identificação das outras manifestações mais graves, a exemplo da Síndrome HELLP que foi apenas citada por apenas um dos participantes, mas que pode ocasionar desfechos graves quando não identificada precocemente aumentando consideravelmente o número de óbitos maternos. Isso pode ter relação com o fato de que estes casos geralmente são avaliados a nível terciário dentro dos serviços de saúde, todavia não exclui do enfermeiro a responsabilidade de conhecer a patologia e todos os fatores relacionados a ela, principalmente porque o diagnóstico nesse caso é essencialmente laboratorial, portanto pode ser identificado na atenção pré-natal.

Dito isso tudo, no âmbito da SHEG, o enfermeiro precisa ser dotado de competência e formação para desenvolver seus conhecimentos de cunho científico na prática assistencial, visando um cuidado coerente, holístico e humanizado (ABRAHÃO *et al.*, 2020).

4.3.1.2 Medidas preventivas para redução das complicações desencadeadas pela SHEG durante pré-natal na Atenção Primária à Saúde

De acordo com Mariano *et al.* (2018), o pré-natal é um método de promoção de segurança materna e fetal através da oferta de meios educativos e preventivos e da identificação de complicações. Nesse contexto, o diagnóstico precoce da SHEG durante o pré-natal é considerado uma das medidas preventivas mais eficazes no seu controle, pois favorece o melhor direcionamento das condutas que têm como finalidade o aumento da sobrevivência materna e fetal, evitando os resultados perinatais e pós-natais adversos.

Por meio de uma efetiva assistência durante o pré-natal, com foco na detecção precoce de sinais e sintomas e controle dos fatores de risco, diante de confirmação do quadro, as complicações podem ser minimizadas (ARAUJO *et al.* 2017).

Podemos verificar que durante o pré-natal, prevenção está sempre presente nos discursos, como a seguir:

*[...] nosso objetivo é realmente prevenir que nossos pacientes agravem e adoçam
[...] o grupo das grávidas todo mês tem o encontro onde a gente reúne essas mulheres
para passar informações de temas específicos*

onde são abordadas as principais doenças que podem acometer o período gestacional. (NURSE 9 ESF).

Para prevenir que ela evolua para essa doença tem que orientar. (NURSE 4 ESF)

De acordo com Oliveira *et al.* (2017), um pré-natal qualificado aborda temas essenciais para a educação em saúde das gestantes, tanto durante a consulta de enfermagem, quanto na realização de atividades em grupo, onde os diversos temas devem ser explanados com intuito de promover a disseminação de conhecimentos as gestantes. Isso objetiva a inclusão desta mulher na prevenção de agravos relacionados ao período gestacional, pois diante da presença de qualquer indício de alteração da fisiologia gestacional, a mesma conseguirá fazer a distinção de que aquele quadro pode estar caminhando para um processo patológico.

O encorajamento das gestantes através do compartilhamento de experiências benéficas, buscando potencializar suas habilidades e aumentar sua satisfação durante o pré-natal, são estratégias que podem ser utilizadas na promoção de hábitos saudáveis de vida, o que representa uma medida com potencial para a prevenção das SHEG (THULER *et al.*, 2018).

Com foco nesse processo preventivo, é importante informar e abordar a gestante quanto à questão relacionada aos hábitos saudáveis, como pode ser visto abaixo:

Como prevenir, quais são os hábitos saudáveis de vida, enfim a gente aborda tudo de uma forma geral, para que essa mulher tenha mais conhecimento. (NURSE 9 ESF-DAGUA)

Oliveira *et al.* (2017) ressaltam ainda, que a importância do autocuidado e presença de hábitos saudáveis são essenciais na preservação e manutenção do bem-estar da gestante, uma vez que é uma atividade onde os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Informar e esclarecer esta mulher quanto aos riscos que a doença pode acarretar é de grande valia, uma vez que se observa uma tendência a um maior cuidado consigo mesma, fato que pode melhorar o prognóstico e prevenir agravos (THULER *et al.*, 2018).

Thuler *et al.* (2018) também descrevem que as ações de educação em saúde às mulheres durante o pré-natal contribuem para a readequação de hábitos e estilos de vida considerados inadequados, além de aumentarem o nível de reconhecimento de sinais e sintomas de alterações pressóricas.

A Atenção Primária à Saúde, por intermédio do pré-natal tem papel primordial na implementação de medidas de prevenção de complicações das SHEG, uma vez que fatores de risco como obesidade, hipertensão crônica, diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo são condições detectáveis ainda na pré-concepção. O relato abaixo demonstra na fala do participante a importância da Atenção Primária à Saúde neste processo:

[...] nós somos estratégia saúde da família nosso principal objetivo é trabalhar promoção em saúde, prevenção de agravos. (NURSE 9 ESF)

Durante a assistência o pré-natal, as intervenções precisam ser adequadas de maneira individual a cada gestante para a redução de agravos e principalmente das mortes maternas. A alta taxa de morte materna está diretamente ligada às complicações desencadeadas pelo quadro hipertensivo durante a gestação, e um bom acompanhamento desta gestante no período perinatal é uma das medidas que melhoram significativamente essa condição. É necessário o comprometimento dos profissionais de saúde na melhoria da assistência ao pré-natal (BRASIL, 2013; WHO, 2011). Cabem as equipes de saúde aprimorar suas práticas às gestantes, com atribuição do risco gestacional a cada consulta, contribuindo para melhores índices de morbimortalidade.

Outro fator que deve ser levado em consideração é que diagnóstico da hipertensão e o controle da PA se dá por meio exclusivamente de sua aferição. E sabendo que existem diferenças entre a medida casual (valores obtidos por medidas no consultório) e a medida no domicílio, a utilização de aparelhos automáticos, afastam diversos fatores que podem interferir nessa medida. A utilização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é um dos métodos que favorece o armazenamento de um grande número de medidas, além de afastar a influência do consultório e o efeito do avental branco, onde ocorre elevação dos níveis pressóricos associados ao nervosismo de estar diante de um profissional de jaleco (PRADO; SILVA. 2017).

Portanto, uma verificação adequada da PA durante o pré-natal, obedecendo todos os protocolos recomendados pode identificar precocemente um quadro de hipertensão. Em contrapartida se essa medida for realizada sem obedecer a critérios, podemos nos deparar com um diagnóstico incorreto de hipertensão, ou então deixar de identificar uma gestante com a patologia por falha na mensuração desta PA.

No relato abaixo podemos verificar que a orientação da realização do MAPA está presente na rotina de cuidados de gestantes com possíveis distúrbios pressóricos.

Então, quando elas chegam comigo [...] eu peço para elas, se elas não tiverem ninguém próximo da casa dela, um parente, que tenha o aparelho de pressão, eu peço para elas irem ou numa farmácia mais próxima ou se tiver alguma unidade básica de saúde ou estratégia saúde da família próximo da casa delas [...] peço para elas verificarem um dia sim e um dia não e anotar aí digamos assim, se isso foi numa segunda, eu peço para elas retornarem comigo na sexta e trazer o resultado. (NURSE1 UMS)

[...] tem o protocolo realmente da doença hipertensiva, que a gente tenta realmente seguir e conforme o resultado dos exames dela e o acompanhamento do mapa [...] (NURSE 2 ESF)

Normalmente quando ela começa com isso, eu gosto de passar o mapa de pressão arterial. (NURSE 4 ESF)

Apesar da importância do acompanhamento da PA através do MAPA para que se avalie melhor o quadro hipertensivo que pode estar se instalando, poucos participantes fizeram referência ao mesmo como parte das medidas de controle dos distúrbios hipertensivos na gravidez. Entretanto, Prado e Silva (2017) explicam que utilizar o MAPA é uma das mais importantes estratégias na prevenção dos agravos que a hipertensão pode provocar, pois este tipo de monitorização permite a avaliação da PA por meio de um registro prolongado, ininterrupto e sistematizado, sendo o método mais eficiente e preciso no diagnóstico e controle da doença, além de permitir prever alguns eventos cardiovasculares. Em função disso, a utilização do MAPA é de extrema importância, sendo um valioso instrumento utilizado na assistência as gestantes com distúrbios hipertensivos (PRADO; SILVA, 2017).

Numa revisão integrativa realizada por Thuler *et al.* (2018) foram descritos em quase metade dos estudos avaliados como uma medida preventiva da SHEG, a utilização de medicamentos. Dentre estes, o Ácido Acetilsalicílico (ASS) foi evidenciado como a droga de escolha, pois sua utilização teve destaque ao ser efetiva no controle da PA além de reduzir de maneira expressiva ocorrência de complicações hipertensivas. Todavia necessita ser iniciado antes da 20ª semana de gestação, pois o uso após terceiro trimestre não apresentou efeitos favoráveis. A Febrasgo (2017) ressalta que as únicas drogas efetivas e recomendadas na prática clínica são o ASS em baixa dosagem e o cálcio, de acordo com ensaios clínicos randomizados. Ferreira *et al.* (2017) desvelam que as evidências abordam que o ASS em baixa dosagem inibe a produção de uma substância vasoconstritora chamada tromboxano, reduzindo a pressão dentro dos vasos e a hipercoagulabilidade da placenta (FERREIRA *et al.*, 2017).

No que concerne à utilização do medicamento AAS para prevenção de complicações ocasionadas pela SHEG, apesar de sua importância e ampla abordagem nas evidências científicas atuais, além de estar descrita nos principais protocolos de saúde que regem a assistência na Atenção Primária à Saúde, apenas um dos participantes abordou acerca deste assunto.

Eu evidencio alguma alteração na pressão arterial, eu já encaminho essa mulher para o médico, ele avalia e já verifica a possibilidade de entrar com tratamento medicamentoso, mesmo em alguns momentos ele costuma prescrever o AAS, geralmente no início. (NURSE 9 ESF)

O cálcio que também é descrito na literatura como uma das drogas utilizadas para gestantes com SHEG, tampouco foi citado por quaisquer dos participantes, mesmo com vários

estudos trazendo a relação entre a suplementação de cálcio e as quantidades ingeridas de cálcio na dieta com os níveis pressóricos e a pré-eclâmpsia, além disso, existe aumento da incidência de eclâmpsia em dietas com pouco cálcio (FEBRASGO, 2017; HOFMEYR, 2006).

Por outro lado, a medicação anti-hipertensiva metildopa teve bastante expressão no discurso proferido pelos participantes como podemos observar abaixo.

Geralmente aqui elas tomam metildopa mesmo elas sendo encaminhadas, hoje atendi uma paciente e deu alterada 130x90mmHg ela continuou com o médico então já vai tomar a metildopa. (NURSE1 UMS)

Por aqui elas usam metildopa. (NURSE 3 UMS)

[...] o médico entra com a metildopa [...] (NURSE 4 ESF)

Geralmente a medicação utilizada é a metildopa. (NURSE 5 ESF)

Normalmente a obstetra passa a metildopa de 500 de 8 em 8 horas. (NURSE 8UMS)

Em concordância com o discurso dos participantes, a medicação de preferência descrita como terapia de primeira linha no tratamento da hipertensão na gravidez é a metildopa. Outros medicamentos podem ser utilizados, a exemplo dos bloqueadores beta e alfa adrenérgicos. Contudo, os bloqueadores beta-adrenérgicos podem se associar com maior incidência de crescimento restrito intraútero se utilizados no início da gravidez (BRASIL, 2010). A dose usual está entre 250 a 2000mg, dividida em até 4 vezes ao dia.

Sendo assim, a análise do discurso dos participantes é de extrema relevância para o alcance de estratégias que propiciem uma melhor assistência as gestantes sobre medidas de prevenção para os agravos ocasionados pela SHEG. Dito isso, é interessante o investimento na educação continuada dos profissionais que atuam diretamente com o pré-natal, visando uma melhor qualidade nos cuidados destinados a gestante.

Um estudo de Sbardelotto *et al.* (2018) retrata que identificar as pacientes de risco para desenvolvimento da SHEG é importante no fomento de ações preventivas e auxilia no retardo das formas mais graves da síndrome. Zugaib (2016) ressalta que até o momento, a prevenção primária não é possível, por se tratar de uma patologia que inicia durante a nidação, e a prevenção secundária se mostrou ineficaz.

A realização de um bom pré-natal, e com atenção especial aos fatores de risco, podem não impedir o surgimento da doença, mas possibilita um diagnóstico precoce, o qual permite realizara a prevenção terciária, baseada no tratamento propriamente dito, e que tem como objetivo a redução das complicações das síndromes hipertensivas na gestação (ZUGAIB, 2016).

A falta de um diagnóstico precoce associado à ausência de medidas preventivas para evitar o agravamento da patologia, acaba por aumentar os riscos de evoluir para suas formas

mais graves, incidindo diretamente nos níveis de morbidade e mortalidade tanto materna quanto neonatal.

4.3.2 Acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde de gestantes com SHEG

O surgimento desta categoria de análise ocorreu a partir das Classes 3 e 4 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido a formação da categoria foram: alto risco, protocolo, avaliação, pré-natal, unidade de saúde, enfermagem, encaminhar, urgência e emergência, atender, obstetra, quadro e acompanhamento.

Thuler *et al.* (2018) descrevem que dentro dos níveis de atendimento, a Atenção Primária à Saúde representa a porta de entrada dentro dos cuidados relativos à saúde, e tem como objetivo realizar o acolhimento às usuárias priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e continuada. Além disso, a Atenção Primária à Saúde permite uma aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, que facilita a compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas.

Um estudo de Carneiro *et al.* (2017), descreve o pré-natal como um conjunto de cuidados no qual o foco é a prevenir, diagnosticar e tratar os acontecimentos indesejados durante a gestação, parto e puerpério. Todas estas ações influenciam na diminuição dos eventos relativos à morbimortalidade materna e neonatal, sendo que um bom pré-natal, realizado de forma adequada, está diretamente relacionado ao que chamamos de atenção integral da mãe. Durante o pré-natal, o objetivo mais importante, é a identificação de situações de risco, o mais precoce possível, para que haja a prevenção de complicações nos eventos adversos mais comuns da gestação, parto e puerpério (THULER *et al.*, 2018).

Corroborando com isso Brasil (2012), reforça que a assistência pré-natal deve assegurar o desenvolvimento da gestação, de forma a permitir o parto de recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive com abordagem de aspectos psicossociais e atividades educativas. Nesse contexto, o pré-natal é um importante indicador de prognóstico ao nascimento, e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são considerados um indicador da qualidade dos cuidados maternos.

Um estudo de Medeiros *et al.* (2019), descreve que a gestação de alto risco configura uma situação no qual a saúde da mulher gestante é acometida por complicações relativas a doenças pré-existentes a gravidez ou intercorrências específicas deste período, incluindo gravidez, parto e puerpério, que pode ser gerada por diversos fatores, entre eles os orgânicos,

socioeconômicos ou demográficos desfavoráveis. É oportuno dizer que a avaliação da presença de risco durante a gestação deve ocorrer de forma individual durante a anamnese na primeira consulta de pré-natal, todavia deve existir uma reavaliação destes riscos em todas as consultas do pré-natal, pois novos agravos podem vir a surgir no decorrer da gestação, a exemplo das SHEG que se desencadeiam depois da vigésima semana.

O relato dos participantes a seguir tem apoio na literatura, quando descrevem que na primeira consulta é realizada uma avaliação minuciosa da gestante, e é feita a avaliação do risco gestacional para detecção de possíveis alterações que demandem que se a gestação é de risco ou não, e caso seja, deve ser acompanhada de forma mais criteriosa.

Então, nós primeiro fazemos nossa primeira consulta, é diagnosticado como uma gestação de risco através dos resultados de exames que nos temos, e mais a parte física e os sintomas que ela está referindo [...]. (NURSE 7 UMS)

É muito importante que na hora da coleta de dados da gestante [...] quem faz a primeira consulta, é o enfermeiro, onde a gente busca todo o histórico da mulher é interessante atentar para os antecedentes pessoais dessa mulher. (NURSE 9 ESF)

Para reconhecer realizamos o exame clínico, o exame físico também, geralmente grávidas que tem essas crises hipertensiva, o manejo é na atenção básica caso a gestante chegue hoje na consulta comigo e esteja com a pressão normal e não esteja com crise hipertensiva mesmo ela já tenha histórico a gente orienta (NURSE6UMS)

Os distúrbios hipertensivos são diretamente responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materna, e Thuler *et al.* (2018) afirmam que o adequado acompanhamento da gestante hipertensa no pré-natal, durante o parto e no puerpério, configura medida importante para melhor controle destas condições, fazendo-se importante redutor destes problemas durante a gravidez.

O participante “NURSE 9 ESF” ainda reforça a importância de reconhecer se a gestante está desenvolvendo a SHEG avaliando clinicamente de maneira minuciosa em todas as consultas.

Sobre como reconhecer que essa mulher está desenvolvendo a síndrome hipertensiva específica da gestação a gente faz através da avaliação clínica em toda consulta pré-natal. (NURSE 9 ESF)

Em meio a todo conhecimento que envolve a SHEG, esta patologia ainda eleva consideravelmente os riscos de uma gestação, o que pode levar a graves repercussões maternas e fetais, portanto uma assistência pré-natal individualizada é fundamental para a realização de um diagnóstico precoce e condutas que proporcionem o mínimo de riscos ao binômio mãe e feto (MARIANO *et al.*, 2018).

Dentro deste cuidado desenvolvido durante as consultas do pré-natal e importante entender em que momento a gestante necessita de um atendimento especializado em serviço de alto risco, para que possa ser acompanhada de forma adequada o mais precoce possível com acesso a especialista e exames especializados.

Geralmente a gente referência para a consulta especializada, mas elas continuam aqui também. (NURSE1 UMS)

A gente encaminha para avaliação na casa da mulher com o obstetra. (NURSE 2 ESF)

Caso seja alguma coisa que a gente não consiga atender por aqui, já encaminha para pro pré-natal de alto risco. (NURSE 4 ESF)

O pré-natal de alto risco é preconizado que a gestante seja atendida por equipe multidisciplinar, e que esse processo de cuidado permita identificar problemas reais e potenciais da gestante, e conseqüentemente, sejam elaborados planejamentos das ações necessárias atendendo individualmente cada caso (BRASIL, 2012). E a consulta é considerada o momento onde a singularidade da mulher se reafirma, e é iniciado o processo de compartilhamento de responsabilidades e pactuação das metas a serem alcançadas (ERRICO *et al.*, 2018).

4.3.2.1 Fatores associados ao encaminhamento de gestantes com SHEG para urgências e emergências obstétricas

As necessidades da mãe e feto durante a gestação devem direcionar todas as ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar durante o pré-natal. Para tanto, é necessário que a equipe esteja treinada e seja capaz de reconhecer os sinais e sintomas apresentados pela mulher, além de excluir diagnósticos diferenciais, para que as condutas sejam tomadas em tempo oportuno. Ressalta-se ainda que além de conhecimentos, a equipe necessita ter um conjunto de habilidades que tornem o trabalho eficaz (FERREIRA *et al.*, 2016).

De acordo com a OMS (2012), a conduta do enfermeiro precisa estar pautada nas melhores evidências científicas, pois é geralmente o primeiro a ter contato com a gestante em uma situação de emergência obstétrica. Portanto, é imprescindível identificar efetivamente os casos que necessitam de apoio hospitalar para estabilização e prevenção de agravos.

A SHEG é uma patologia obstétrica que merece grande atenção dos profissionais de saúde, visto que pode apresentar uma evolução diferente em cada caso, quando não conduzida e tratada de forma adequada, pode evoluir para casos mais graves, onde a paciente pode apresentar quadros de convulsão e coma (ABRAHÃO *et al.*, 2020). Grande parte das mortes devido à pré-eclâmpsia e eclâmpsia podem ser evitadas diante de cuidados eficazes e em tempo

oportuno às mulheres que apresentam essas complicações (WHO, 2014). Diante destes quadros mais graves, existe indicação de encaminhamento destas pacientes para as urgências e emergências obstétricas.

É importante ressaltar que, em todas as pacientes grávidas, o principal objetivo do tratamento da crise hipertensiva é minimizar o risco de eventos cardiovasculares e ou cerebrovasculares, que podem vir a aumentar o risco de morbimortalidade materna e fetal. Os melhores prognósticos se apresentarão de acordo com a intervenção realizada de maneira adequada, uniforme, particularizando a condição da paciente e a dinâmica do serviço. Nesse âmbito, o relato dos entrevistados a seguir, contextualizam as dimensões desses aspectos em suas práticas cotidianas.

Se eu vejo que na minha consulta ela continua com hipertensão, eu mando ir para santa casa [...], se vier na minha consulta, estiver 160x90mmHg, 160x100mmHg, eu encaminho para a Santa casa imediatamente. (NURSE 3 UMS)

Normalmente 160x90 mmHg, a gente já manda para urgência e emergência. (NURSE 2 ESF)

Tivemos um caso aqui há pouco tempo atrás, uma gestante estava na 37ª semana de gestação, ela veio para a consulta e a pressão dela estava 160x90mmhg, encaminhamos a paciente direto para a Santa Casa. (NURSE4ESF)

[...] em casos de crise hipertensiva, encaminhar elas pras urgências e emergências obstétricas para controle da pressão arterial e quadro de internação às vezes [...] (NURSE 11 UMS)

[...] digo que a gente vai encaminhar ela para o serviço de urgência e emergência mais próximo, pra que essa pressão arterial seja controlada para que esses sinais e sintomas sejam controlados, [...] se foi um pico hipertensivo naquele momento a gente encaminha pra URE mulher ou santa casa, ou pra outro serviço de saúde que acolha a gestação de alto risco, mas antes disso a gente sempre encaminha pro serviço de urgência, no caso era o Abelardo Santos, antes da pandemia, no caso agora acredito que somente a Santa casa. (NURSE 15 ESF)

A crise hipertensiva é uma condição séria, e um dos agravamentos que mais tem indicação de internação durante a gestação. Dito isso, avaliar minuciosamente uma gestante e saber e que momento existe indicação de encaminhamento para as urgências e emergências obstétricas deve pautar o cuidado durante o pré-natal.

A literatura descreve que nos casos em que a PA se apresenta em níveis iguais ou maiores que 160x110 mmHg, existe uma necessidade de encaminhamento para urgência obstétrica para tratamento e estabilização com medicamentos anti-hipertensivos (COELHO *et al.*,2012). Além disso, a terapia anti-hipertensiva deve ser adotada também para níveis em que a pressão diastólica persistentemente se apresente acima de 105 ou 110mmhg, é importante esclarecer que o uso da medicação tem como objetivo manter níveis pressóricos entre

140x90mmHg e 150x100mmHg (BRASIL, 2012). É de suma importância que seja realizada uma medição precisa da pressão arterial, pois de acordo com o nível desta PA, pode haver mudanças no manejo clínico.

O indicador mais confiável para o diagnóstico de estado hipertensivo é a medida da PAD, pois uma vez sua aferição é avaliada, a resistência vascular periférica e o valor obtido não variam de acordo com o estado emocional materno (FERREIRA *et al.*, 2016).

A literatura com intuito de reduzir erros de aferição baseado nas melhores evidências disponíveis, demonstra por meio do protocolo do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), as seguintes ações assistenciais: aferição da PA com esfigmomanômetro adequado e devidamente calibrado; paciente posicionada sentada ou semisentada; PAD deve ser considerada como o valor obtido na quinta fase de Korotkoff; realização de, pelo menos, duas aferições e o valor obtido deve ser a média entre as duas medidas (FERREIRA *et al.*, 2016).

Outro ponto observado no discurso dos participantes diz respeito a sinais e sintomas da iminência de eclampsia, que reforça a necessidade de encaminhamento para urgência obstétrica de forma imediata:

Visão turva, o rosto muito quente, tá vendo estrelinhas elas não precisam esperar pra vir aqui, elas podem ir pra santa casa nossa referência é a santa casa [...] elas podem ir para upa, mas elas vão ser encaminhadas para santa casa só para tirar da crise [...] eu encaminho pra urgência e emergência. (NURSE1 UMS)

[...] já ficamos no alerta com essa paciente a gente reconhece quando a paciente geralmente começa a apresentar um quadro de cefaleia intensa e quando se verifica a pressão está alterada. (NURSE 10 ESF)

[...] verifico se ela não está tendo dor de cabeça, mal estar, não está querendo vomitar. (NURSE1 UMS)

A gente não vai reter uma gestante dessa tem que ser encaminhada para que ela seja melhor atendida para que ela não evolua para um quadro de eclampsia que às vezes eclampsia é fatal mata o binômio mata mãe e feto (NURSE 7 UMS)

Kahhale, Francisco e Zugaib (2018) desvelam em seus estudos que alguns sinais e sintomas apresentados pela gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia podem sugerir o quadro de iminência de eclâmpsia, isto é, da provável ocorrência de crise convulsiva relacionada ao estado hipertensivo induzido pela gestação, como: cefaléia occipital ou frontal persistentes, visão borrada, fotofobia, dor abdominal em região epigástrica ou quadrante superior direito e alteração de estado mental. De acordo com a Febrasgo (2017) a medicação indicada para prevenção da eclampsia é o sulfato de magnésio, isso porque, é a única droga que apresenta

efeitos preventivos comprovados em relação às convulsões decorrentes da eclâmpsia. Este tratamento deve ser utilizado sempre que existirem sinais/sintomas compatíveis com iminência de eclâmpsia, pois reduz em 57% o risco de ocorrência desta complicação e diminui o risco de morte materna, além de não possuir sem efeitos deletérios sobre o feto.

É importante ressaltar que o uso do sulfato de magnésio é restrito ao ambiente hospitalar, por isso a importância de encaminhamento da gestante se houver qualquer indício relativo à ocorrência de crises convulsivas.

Dentre os fatores ressaltados pelos participantes do estudo para encaminhamento da gestante para a urgência, apenas um citou a Síndrome HELLP. Contudo, isso demonstra um problema encontrado durante o pré-natal, visto que esta síndrome é uma das complicações que influenciam diretamente nos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

É preciso lembrar que a síndrome HELLP em si pode gerar outras diversas complicações principalmente em nível de sistema hepático e renal, e o seu diagnóstico se faz essencialmente a nível laboratorial, tendo como parâmetros aqueles níveis descritos por Sibai, e dentre estes, a plaquetopenia é a principal e mais precoce modificação laboratorial encontrada (FEBRASGO, 2017).

Katz, Amorim e Miranda (2008) descrevem em estudo brasileiro realizado com entre 105 pacientes com HELLP, que dentre as complicações encontradas foram hemorragias (34%), oligúria (47%), insuficiência renal aguda (20%), edema agudo de pulmão (7%), necessidade de hemotransfusão (33%) e óbito materno (4%). Este cenário demonstra a gravidade da síndrome, e aborda como fator mais importante para diminuição da morbimortalidade materna o diagnóstico precoce preferencialmente ainda na fase assintomática, com a pesquisa laboratorial de plaquetopenia, hemólise e alterações hepáticas em todas as pacientes com PE.

A síndrome HELLP precisa ser visualizada como emergência obstétrica que necessita atendimento imediato e especializado, e que os objetivos principais do tratamento são a prevenção das complicações hemorrágicas e da eclâmpsia, além do controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto. As pacientes diagnosticadas com Hellp devem ser atendidas em centros terciários com UTI materna e neonatal, a recomendação é de transferência imediata dos casos suspeitos, em ambulância com suporte adequado, com a presença de médico socorrista após contato com a maternidade de referência (FEBRASGO, 2017).

Não podemos esquecer que realizar a avaliação da vitalidade fetal é essencial, e inclui a cardiotocografia basal e o perfil biofísico fetal. Se possível após estabilização do quadro e quando disponível, recomenda-se também realizar biometria fetal com avaliação doppler fetal,

pela insonação de uma das artérias umbilicais, para garantia de bem-estar fetal (VISINTIN *et al.*, 2010).

4.3.3 Assistência do enfermeiro frente a gestante com diagnóstico de SHEG

Esta categoria de análise surgiu a partir das Classes 1 e 2 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido a formação da categoria foram: identificar, alteração, sinal, paciente, gestante, pressão, cento e quarenta por noventa, alerta, entre outras.

A assistência de enfermagem, mais precisamente do enfermeiro, é essencial para haver um atendimento específico a gestante, por isso sua atuação no pré-natal permite a identificação de potenciais problemas que podem advir do período gestatório (GUIDÃO *et al.*, 2020). O enfermeiro é respaldado por lei a acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017). Por conseguinte, ter conhecimento técnico-científico se torna essencial para tomar condutas e intervir de maneira adequada durante as consultas de enfermagem, atentando a fatores de risco e identificando possíveis patologias que podem advir deste momento.

Dentre tantas atividades realizadas pelo enfermeiro, cabe destacar que a consulta de enfermagem, pode ser considerada como um momento que oportuniza ao enfermeiro desenvolver sua prática clínica para avaliações dos casos de SHEG (KAHL *et al.*, 2018) determinar precocemente alterações durante a gestação é um processo decisivo para evitar a morbimortalidade materna e fetal, pois de acordo com os estudos mais recentes, cerca de 15% das gestações são caracterizadas como de risco (SAITO *et al.*, 2016). Em seu estudo, Oliveira *et al.* (2017, p 1563) destacam que:

A enfermagem é considerada a categoria profissional que desempenha um papel essencial para o atendimento ao ser humano em todas as suas dimensões, sendo que estabelece o primeiro vínculo, ao acolher essa gestante na instituição, e a acompanha no decorrer de todo o processo de parto e puerpério.

O papel do enfermeiro se direciona no cuidado com os sinais vitais e identificação de agravantes, a conscientização sobre as possíveis complicações e orientações nas mudanças no estilo de vida da gestante, adesão à terapêutica prescrita, dieta, entre outras coisas.

Por conseguinte, destacamos que a conduta dos enfermeiros as gestantes com SHEG é primordial para proteger a saúde materna e fetal, atuando na prevenção das complicações e no atendimento as intercorrências, que reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado e na preservação da vida humana (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Destacam-se abaixo alguns aspectos a serem avaliados na consulta de enfermagem, que inclui uma investigação severa sobre os antecedentes da gestante, buscando fatores que aumentem o risco para o desenvolvimento da SHEG.

É muito importante [...] atentar para os antecedentes pessoais dessa mulher, antecedentes familiares de repente alguém na família já é hipertenso e diabético, ou então essa mulher mesmo já tem história prévia de alterações, antecedentes obstétricos se tiveram se houve alguma alteração. (NURSE 9 ESF)

[...] a gente enquanto enfermeiro está avaliando muito a questão dos antecedentes familiares das pacientes, antecedentes pessoais. (NURSE1 UMS)

Em seu estudo, Brito *et al.* (2015), relatam que dentre as mulheres que apresentaram pré-eclâmpsia grave, o fator de risco mais significativo foi a presença de antecedentes familiares de hipertensão, o que reforça a importância desta investigação pelo enfermeiro durante a consulta pré-natal. Corroborando com isso, Antunes *et al.* (2017) descrevem em seu estudo que a pré-eclâmpsia afeta de 3 a 5% das mulheres gestantes, podendo ser recorrente nas próximas gestações, o que pode justificar atentar para esse antecedente obstétrico como forte fator de risco. O mesmo estudo avalia que o risco de apresentar pré-eclâmpsia foi de 14,7% na segunda gravidez, para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia na primeira, e de 31,9% para as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia nas duas gestações anteriores.

Em seus discursos, os participantes foram categóricos ao explicar a sua atuação através da anamnese, a fim de coletar o histórico da paciente, e de um exame físico bem elaborado, que necessitam ser planejados individualmente, atendendo as necessidades de cada paciente, com o intuito de detectar sinais e sintomas.

O acompanhamento por profissionais capacitados desde o início do período gestacional é fator relevante para um bom avanço da gestação, sendo fundamental a necessidade da mulher realizar, no mínimo, seis consultas, para que o enfermeiro possa identificar sinais e sintomas que fogem da fisiologia da gravidez, e conseqüentemente prestem assistência adequada, tendo-se em vista que essas ações são essenciais para dar continuidade ao cuidado, orientações possíveis encaminhamentos da gestante a outros profissionais caso seja necessário (NASCIMENTO *et al.*, 2019). Deve-se destacar que o enfermeiro deve saber identificar os problemas, e atuar de forma segura, tendo como premissa uma assistência de qualidade.

A seguir, podemos observar alguns relatos de participantes sobre identificação de possíveis sinais de SHEG:

Só o início dessa alteração de pressão arterial já leva a gente enquanto enfermeiro a fazer esse monitoramento para poder identificar se é mesmo momentâneo ou se vai ser algo que vai ser persistente durante a gestação. (NURSE 5 ESF)

Na nossa prática do pré-natal, a gestante passa por enfermeiros médicos nutricionistas e psicólogos então normalmente a gente observa que aquelas gestantes que apresentam ganho de peso mais acentuado durante o pré-natal elas tem maior propensão a desenvolver as doenças crônicas como diabetes gestacional e hipertensão arterial e após a gente identificar que a pressão arterial dessa gestante tem aumentado pra acima de 140x90mmhg e apresentado por vezes alterações nos exames de proteinúria (NURSE 13UMS)

Esse achado descrito pelo entrevistado é importante, visto que segundo Prado e Silva (2017), pode haver diferenças significativas entre a medida obtida no consultório e a medida no domicílio, por exemplo. O que torna essencial às vezes um controle mais intensivo e frequente dos valores pressóricos para se chegar ao diagnóstico da SHEG, ou descartá-lo.

[...] particularmente durante todo esse tempo que trabalho com pré-natal se a pressão da gravida é mais baixinha [...] então a partir do momento em que atento para uma pressão 120x90, 130x90, eu já fico em alerta porque essa mulher vai me dar alguma complicação [...] geralmente a partir da 20ª semana. (NURSE 9 ESF)

O participante acima relata que mesmo uma paciente que apresenta níveis pressóricos de pelo menos 120x90 mmhg já lhe coloca em situação de alerta. O que apresenta apoio na literatura, pois, não podemos esquecer que o diagnóstico de pré-eclâmpsia pode ser feito com uma PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma PAD maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2012).

[...] dor de cabeça que geralmente [...] não é regra e também edema em membros inferiores [...] no terceiro trimestre da gestação é comum que os membros inferiores fiquem um pouco edemaciados [...] a partir disso a gente une os sinais e sintomas pra ver se a paciente se encaixa numa pré-eclâmpsia ou não. (NURSE 15 ESF)

A cefaléia é um dos sintomas abordados pelo participante acima, que apesar de estarem fortemente ligadas às elevações de níveis pressóricos, precisa ser avaliada com bastante acurácia, e ser descartada a possibilidade desta cefaléia estar associada à vasodilatação por ação do estrogênio e progesterona, hormônios atuantes durante a gravidez (MURAZAWA *et al.*, 2015).

Reforçando a questão do edema como fator que tem relação com a pré-eclâmpsia e está diretamente ligado a assistência do enfermeiro pois pode ser avaliado durante as consultas, os estudos de Montenegro e Rezende (2016) reportam o edema como um sinal frequente no terceiro trimestre de gestação, todavia não é mais considerado essencial para determinação diagnóstica. Contudo, este achado, na pré-Eclâmpsia, tem relação com a maior permeabilidade capilar, que permite a passagem de fluidos do espaço intravascular para o intersticial, propiciando também aumento da pressão intravascular (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Apesar de não estar mais no que chamamos de tríade de apoio diagnóstico da SHEG, mais precisamente da PE, grande parte dos participantes retratam fortemente a questão do edema como um sinal expressivo na identificação dos possíveis casos, como podemos ver nos relatos a seguir, o que acaba demonstrando a necessidade de atualização.

Um dos primeiros sinais [...] que deixa a gente em alerta é a questão de edemas, se elas chegam geralmente com a presença de edemas em membros inferiores e até mesmo nas extremidades. (NURSE 5 ESF)

Então já a partir da 20ª semana de gestação ela começa a apresentar edema ou a pressão alta [...]. (NURSE 2 ESF)

A gente reconhece [...] através dos níveis de pressão arterial se ela tem alguma outra associação com edema (NURSE 4 ESF)

[...] geralmente grávidas que tem essas crises hipertensivas, elas vêm com muito edema, edema de face, às vezes mais de membros inferiores e membros superiores e geralmente é no início da gestação. (NURSE 6 UMS)

Quando tem um edema generalizado de membros inferiores membros superiores e rosto a gente já fica atento. (NURSE 7 UMS)

A gente faz através da avaliação clínica em toda consulta pré-natal onde a gente procura edemas. (NURSE 9 ESF)

Segundo Rezende e Montenegro (2016) o edema, pode ser tido como um sinal de alerta para os casos de SHEG. Mas por ser um fator recorrente da gestação, não faz mais parte do diagnóstico, pois muitas grávidas em estados normais apresentam edema, mesmo sendo generalizado. Entretanto, apesar de não ser utilizado para confirmação diagnóstica pode ser sim um sinal de alerta.

Reforçando a fala dos estudiosos anteriores, Kahhale, Francisco e Zugaib (2018) reiteram que o edema generalizado que não melhora, nem desaparece com repouso, significa um sinal clínico relevante, e que o conceito clássico, ou seja, o desenvolvimento de hipertensão com proteinúria e/ou edema de mão ou face é o verdadeiro.

O mecanismo que ocorre na pré-eclampsia é evidenciado pela constrição dos vasos arteriolares, ampliando a resistência vascular da região periférica, conseqüentemente provocando elevação da pressão arterial. No intuito de equilibrar estas mudanças, o organismo materno recorre ao extravasamento de plasma para o espaço intravascular, conduzindo à formação de edema (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Segundo Chaves *et al.* (2014) é de suma importância dar continuidade ao atendimento por parte da unidade que realizou o encaminhamento, visto que em seus estudos, observaram que pelo menos 95% dos enfermeiros após referenciar para o alto risco, não demonstram mais preocupação com aquela paciente, deixando-as como responsabilidade exclusiva do serviço de

referência. Acerca da condução dos casos pelos participantes dentro da Atenção Primária à Saúde, durante o cuidado pré-natal, grande parte relata o encaminhamento para o serviço de alto risco para dar continuidade ao pré-natal como podemos observar abaixo.

Ai quando a gente detecta logo no início a pressão alta elas fazem o pré-natal aqui e na casa da mulher. (NURSE1 UMS)

Na nossa prática diária lá da unidade de saúde nós não ficamos com gestantes que estejam com essas características, porque nós não temos condições de atender uma gestante com esses sintomas, então a enfermagem não pode encaminhar direto para o alto risco[...] encaminhamos para a consulta com o obstetra, e o obstetra é que passa o encaminhamento e ela entra numa regulação para consulta especializada de gestação de risco. (NURSE 7 UMS)

Nascimento *et al.* (2019), reforçam que ao reconhecer uma gestação de alto risco, o enfermeiro deve seguir uma linha de cuidados pressupondo um acompanhamento por parte das equipes ESF, e posterior encaminhamento para os serviços de referência. Quando uma gestante é classificada como sendo de alto risco, a mesma será encaminhada para um atendimento especializado, onde serão feitos exames diferenciados e mais recorrentes, para local de parto será indicado uma unidade de referência que conte com estrutura para lidar com possíveis complicações em seu quadro clínico (ANTUNES *et al.*, 2017).

Todavia, é importante ressaltar que ao contrário do que relata o participante, esta gestante ainda permanece compartilhando o pré-natal entre a sua unidade de origem e a unidade de referência especializada ao qual foi encaminhada, como descrito pelos participantes a seguir.

[...] a partir do momento que tenho uma mulher com uma síndrome hipertensiva específica da gestação eu vou precisar compartilhar esse pré-natal ela não vai ser responsabilidade somente da atenção básica ela vai ser também responsabilidade da referência pré-natal onde tratam os pré-natais de alto-risco que a gente chama. (NURSE 9 ESF)

[...] dentro do manejo, quando já tem diagnóstico, a paciente fica fazendo o acompanhamento aqui na estratégia saúde da família e na casa da mulher. (NURSE 2 ESF)

Silva *et al.* (2018) reforçam que o enfermeiro é um dos profissionais mais habilitados a realização do primeiro atendimento e o encaminhamento de gestantes para o acompanhamento de pré-natal de alto risco, retratam ainda em seu estudo que após o encaminhamento para os serviços especializados, é importante lembrar que as gestantes diagnosticadas com SHEG não perdem o vínculo com a sua unidade de origem, seja ela UBS ou ESF, pois é papel dos profissionais, inclusive do enfermeiro continuar realizando as orientações pertinentes a cada caso, e manter a escuta ativa tirando dúvidas pertinentes a gestação, parto e pós parto, pois

dentro do contexto de saúde, é ele quem detém maior proximidade com a comunidade em que vive aquela gestante.

Podemos verificar que o relato abaixo confirma o estudo realizado por Chaves *et al.* (2014), onde existe uma dificuldade do profissional entender que mesmo quando esta mulher é encaminhada para o alto risco, ela deve manter a rotina de consultas na sua unidade de origem, que geralmente é aquela que fica nas proximidades de seu domicílio, que automaticamente facilita o contato do profissional com a gestante.

[...] essa gestante é encaminhada para a URE mulher e nesta unidade ela vai seguir com seu acompanhamento pré-natal com consultas menos espaçadas [...] na unidade básica de saúde não ficamos com ela então se a gente puder já referenciar a partir do momento em que for diagnosticada essa pressão alta na gestação essa pré-eclâmpsia a gente encaminha pra que ela tenha um suporte melhor num local especializado onde ela tem profissionais especialistas pra esse acompanhamento. (NURSE 13 UMS)

Outro ponto importante dentro da assistência de enfermagem às pacientes com suspeita de SHEG remete a solicitação de exames laboratoriais para auxílio diagnóstico, como podemos observar:

[...] a gente pede também TGO e TGP e a ultrassom morfológica uréia, creatinina, o próprio gestar já deixa organizado isso [...]. (NURSE 2 ESF)

Geralmente elas apresentam isso a partir da 20ª semana de gestação, os exames, solicitamos aqueles que o GESTAR pede [...]. (NURSE 3 UMS)

Então a gente pede os exames do pré-natal. (NURSE 7 UMS)

Solicitamos os exames, todos os exames para que a gente possa ter o controle. (NURSE 10 ESF)

Se o pé dela está edemaciado muito acima do normal que esperamos para uma gravidez, eu pergunto como amanheceu o pé, se amanheceu edemaciado então solicito proteinúria. (NURSE1 UMS)

Acerca da solicitação de exames pelo enfermeiro, é importante destacar que, com base na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, na instituição de Programas de Saúde Pública e em rotinas estabelecidas nos Protocolos ou Cadernos de Atenção Primária à Saúde, estando incluso o Programa pré-natal, e neste contexto o enfermeiro tem respaldo legal para realizar a solicitação de exames laboratoriais (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A propósito da solicitação de exames durante o pré-natal, mais especificamente nos casos em que se suspeita da SHEG, Silva *et al.* (2018) destacam que dentre os exames para confirmação diagnóstica desta patologia estão a pesquisa de proteinúria na urocultura de 24h,

dosagem sérica de ácido úrico e ureia/creatinina, hemograma com contagem de plaquetas e trombocitopenia, TGO, TGP e desidrogenase láctica.

Ferreira *et al.* (2016) trazem que nos quadros de SHEG, os níveis de proteínas na urina são considerados elevados, e isso pode sinalizar algum dano renal, por isso a importância de solicitar exames que avaliem a função renal desta paciente. Para sua avaliação, é necessário que se faça a coleta de urina em 24 horas, para estimar a perda total. Considera-se diagnóstico de PE quando estes valores são iguais ou maiores que 300 mg/24 horas, e graves quando iguais ou superiores a 2g/24 horas (RIBEIRO *et al.*, 2016).

4.3.4 Conhecimento dos enfermeiros sobre fatores nutricionais na gestação e a relação com a SHEG

Esta categoria surgiu a partir da Classe 5 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido a formação da categoria foram: orientação, verificar, alimentação, pressão arterial, consulta, agendar, entre outras

Nos dias atuais, tanto o estado nutricional como o ganho de peso gestacional está em evidência, em função da grande prevalência de distúrbios durante a gestação e do papel essencial sobre os desfechos gestacionais. A obesidade interfere diretamente na saúde materna, no peso do feto, na duração da gestação e nas possíveis complicações perinatais (LIMA *et al.*, 2018).

O ganho de peso inadequado durante a gestação está associado a resultados reprodutivos desfavoráveis tanto para a gestante quanto para o bebê (CAMPOS *et al.*, 2019). Estudos demonstram que a obesidade e o sobrepeso estão dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da PE, e que uma assistência adequada exerce papel fundamental na prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal, pois apesar da PE ainda não pode ser impedida, o agravamento do quadro e o óbito materno, em grande parte, pode ser prevenido (FEBRASGO, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

Durante a análise do discurso dos participantes, foi bem expressiva a fala sobre a alimentação e estado nutricional. Onde se percebe uma relação entre o aumento da PA com o ganho de peso durante o período gestacional.

Uma pressão arterial de 140x90 mmHg, a gente já fica em alerta, faz orientação para gestação sobre alimentação. (NURSE 6 UMS- DABEN)

Existem vários fatores de risco [...] aquelas que estão com sobrepeso, aquelas mulheres que não tem hábitos saudáveis de vida [...] se alimentam mal. (NURSE 9 ESF-DAGUA)

Observo que aquelas gestantes que apresentam ganho de peso mais acentuado durante o pré-natal [...]. (NURSE 13 UMS-DABEL)

Thuler *et al.* (2018) concordam que a obesidade e o ganho de peso desordenado durante o período gestacional podem acarretar na elevação do risco de complicações obstétricas e neonatais, particularmente a exemplo da hipertensão. É necessário, portanto investir em ações e estratégias durante o pré-natal que incentivem às mulheres ao consumo de uma dieta saudável.

Um estudo realizado por Seabra *et al.* (2011) em gestantes atendidas no serviço de pré-eclâmpsia de uma maternidade no Rio de Janeiro destaca que existe um aumento do risco de PE em mulheres com sobrepeso e obesidade, todavia, ainda não são totalmente claros os mecanismos para a predisposição de mulheres com excesso de peso à pré-eclâmpsia. Dentro das hipóteses, considera-se o aumento da resposta inflamatória pelo, devido a maior síntese de substâncias pró-inflamatórias pelo tecido adiposo, ocasionando então vasoconstrição (OLIVEIRA *et al.*, 2016; ROBERTS *et al.*, 2011).

Sbardelotto *et al.* (2018) referem que durante o terceiro trimestre gestacional o ganho de peso e a obesidade foram significativos, e que esse aumento do peso pode estar associado ao próprio crescimento fetal ou ao acometimento pela hipertensão gestacional. Adicionalmente, para Campos *et al.* (2019) o ganho de peso gestacional excessivo, foi associado a valores de pressão arterial maiores.

Manter hábitos saudáveis, a exemplo de uma alimentação ideal durante o período gestacional não garante a gestante o não desenvolvimento da SHEG, visto que as hipóteses sugerem que esta patologia se desenvolve na nidação, através de uma deficiência na invasão trofoblástica nas artérias espiraladas maternas, levando à redução da perfusão feto placentária. E devido a essa má-adaptação placentária na decídua materna ocorrem lesões endoteliais que são responsáveis pela secreção de fatores ativadores do endotélio vascular na circulação materna, causando o aumento da PA, e propiciando o desenvolvimento da pré-eclâmpsia (SOUZA *et al.*, 2006; AMORIM; SOUZA, 2009).

É importante ressaltar que, estimular a gestante a manter um comportamento alimentar saudável pode proporcionar um diagnóstico precoce da pré-eclâmpsia, além disso, a redução do peso e controle da pressão pode melhorar seu prognóstico (THULER *et al.*, 2018).

Entretanto podemos observar o discurso a seguir do participante, onde acredita que a alimentação pode prevenir o surgimento deste quadro.

Para prevenir que ela evolua para essa doença tem que orientar a alimentação a gente sempre orienta que ela vai ganhar peso a média é entre 10 a 12 quilos porque senão depois até para perder fica complicado. (NURSE 4 ESF)

Tentando minimizar os riscos relativos a pré-eclâmpsia, com intuito de diminuir os níveis pressóricos, focando na questão alimentar, observamos no discurso de alguns participantes a predominância de uma dieta pobre em sal, a famosa dieta hipossódica.

Já começo a marcar uma vez por semana, para elas terem com as orientações de alimentação logo na primeira consulta [...] a gente orienta a alimentação reduzir sal. (NURSE 12 UMS)

Se a pressão arterial está boa ela fica para normalizar, a orientação alimenta é dieta hipossódica [...] ela vem comigo diminuiu eu peço pra fazer uma dieta hipossódica e vem no outro dia verificar [...]. (NURSE1 UMS)

Peço que ela faça o controle diário da pressão arterial e a dieta hipossódica também. (NURSE 8 UMS)

Todavia um estudo de Amorim e Souza ainda em 2009 descrevia que em dois ensaios clínicos inclusos em uma revisão sistemática encontrada na Biblioteca Cochrane, totalizando 603 gestantes randomizadas para o grupo de dieta com restrição de sal em comparação a dieta normal, não houve diferença estatística significativa entre os grupos quanto ao risco de desencadear a pré-eclâmpsia. Sugerindo que durante a gestação o consumo de sal pode ser feito de acordo com o paladar da gestante. Consolidando isso, a Febrasgo (2017) reforça em suas condutas, que dentre as gestantes com pré-eclâmpsia e feto pré-termo, onde o objetivo é alcançar a idade gestacional mais perto do termo, a dieta pode ser livre e normossódica.

Dentro dos discursos dos participantes, também observamos a importância da inserção do nutricionista, o que demonstra a necessidade do cuidado de uma equipe multiprofissional durante o pré-natal à gestante com ganho excessivo de peso e risco aumentado para SHEG.

Eu as encaminho para nutricionista toda vez, orientação com a nutrição vamos adaptar para ver se elas têm uma alimentação mais saudável. (NURSE1 UMS)

[...] eu já agendo com ela a nutricionista que é para dar uma avaliada na alimentação. (NURSE 6 UMS)

Vai ter que ter um acompanhamento mais rigoroso com ela acompanhamento com a equipe multiprofissional nutricionista na parte da dieta. (NURSE 11 UMS)

O acompanhamento nutricional associado a recomendações dietéticas durante o período gestacional deve ser realizado durante o pré-natal em função da sua importância, garantindo então um atendimento integral da gestante, e no caso da ESF, essa ação é realizada pelo profissional da nutrição (CARNEIRO *et al.*, 2017). Durante a gestação as medidas antropométricas são recomendadas para que esse acompanhamento nutricional seja efetivo na prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e promoção da saúde da gestante. Diversas características reforçam a importância de sua

aplicação, dentre suas características, seu caráter pouco invasivo, o baixo custo e facilidade na realização (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Oliveira *et al.* (2016) o ganho excessivo de peso durante a gestação acarreta diversos prejuízos à saúde da gestante, podendo refletir também na saúde fetal, além de aumentar consideravelmente o risco da gestante ter SHEG e suas complicações. Portanto, a avaliação nutricional durante o pré-natal é extremamente importante para que as intervenções necessárias sejam realizadas nos casos de ganho excessivo de peso durante a gestação como forma de prevenir possíveis agravos à saúde da mãe e do feto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as diversas motivações para realizar este estudo, temos os altos índices de mortalidade materna ligada a esta patologia, que no Brasil está em primeiro lugar nas causas de mortalidade materna direta, ou seja, aquela que acomete a mulher durante a gravidez. Podemos então através dos resultados desvelar o conhecimento dos enfermeiros que atuam no pré-natal da Atenção Primária à Saúde no município de Belém acerca da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, descrevendo diversos pontos do conhecimento acerca da patologia, de que forma o enfermeiro reconhece uma paciente com a SHEG, como é realizado o manejo diante de um caso confirmado, de que forma o enfermeiro intervém para prevenir complicações.

No decorrer da pesquisa observamos que grande parte dos enfermeiros possui conhecimento sobre a SHEG mesmo que superficial, percebemos também que por ser uma patologia com diversas classificações, que apresenta sinais clínicos muita das vezes inespecíficos existe uma dificuldade do enfermeiro em descrever de maneira clara e objetiva de que forma ele identifica os casos, e como conduz de acordo com a necessidade, pois o diagnóstico diferencial estará baseado em sua classificação.

Os enfermeiros demonstram conhecer principalmente sobre aspectos relativos a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, todavia apenas um deles cita conhecer a Síndrome HELLP, que é uma das classificadas como grave no quadro de SHEG e que possui diagnóstico laboratorial diferencial que pode ser identificado durante as consultas pré-natais.

Durante a pesquisa observou-se que os enfermeiros sabem identificar os casos que necessitam de encaminhamento para o pré-natal de alto risco, todavia em grande parte não seguem a orientação do Ministério da Saúde e dos guidelines sobre manter também na unidade de atendimento básico o atendimento desta mulher. Outro ponto importante acerca dos achados é que alguns enfermeiros desconhecem as atualizações acerca da patologia, a exemplo do edema não ser mais um sintoma no que antigamente chamávamos de tríade da hipertensão gestacional.

Entretanto chama muita atenção os enfermeiros não conhecerem a fisiopatologia da SHEG, o que por vezes revelam condutas que teoricamente preveniriam a patologia de se instalar, fato que é cientificamente improvável de acontecer.

Acerca dos conhecimentos sobre fatores nutricionais, observamos que os enfermeiros descrevem que a alimentação está diretamente associada ao desencadeamento da SHEG e que manter hábitos alimentares saudáveis previnem de forma efetiva, fato também que é contrário a literatura. Sendo importante ressaltar que esses cuidados podem protegê-las das complicações, mas não evitar que a patologia se instale.

Diversas fragilidades foram encontradas no decorrer deste estudo, sendo importante destacar que o objetivo não é destacar ou apontar culpados no processo assistencial que pode estar falho, mas ter uma visão geral de como está a qualidade do nosso pré-natal para então tomar atitudes que possam favorecer a sua melhora.

Temos que pensar também que optamos em trabalhar com dois contextos diferentes dentro da Atenção Primária à Saúde. Na Unidade Municipal de Saúde, geralmente o profissional que atende pré-natal, tem aquela como sua única função dentro de sua unidade de atuação, o que não ocorre com o enfermeiro que atende pré-natal na Estratégia saúde da família, em que sua responsabilidade se divide entre todos os programas de saúde, o gerenciamento de uma equipe de agentes comunitários de saúde e muitas das vezes da própria unidade e da equipe de saúde incluindo outros profissionais como médicos, dentistas, etc. Por isso cada contexto precisa ser visualizado de acordo com as suas individualidades.

Observamos que muitos dos participantes estavam sem realizar capacitações sobre o pré-natal há muito tempo, e que talvez isso tenha relação direta com algumas condutas e conhecimentos desatualizados, a exemplo do edema muito descrito dentro da tríade da SHEG, que antigamente era considerado sinal clínico para fechar diagnóstico, mas atualmente por ser considerado um achado comum da gravidez, entra apenas como critério de risco para desenvolvimento da síndrome.

Conseguimos evidenciar através desta investigação a necessidade de aprimoramento profissional dos enfermeiros sobre o assunto discutido, devido às diversas dificuldades em classificar os casos de pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta, hipertensão gestacional, eclâmpsia, síndrome HELLP e quadro de hipertensão crônica de acordo com a sintomatologia apresentada e também com o auxílio de exames laboratoriais. Além disso, depois que o quadro se instala, existe um protocolo de condutas e um manejo clínico que deve ser obedecido para identificar as complicações e consequências que esta patologia pode causar, e nesta pesquisa observamos que em sua maioria a conduta se baseava em referenciar a gestante para o alto risco ou para a emergência obstétrica, o que demonstra haver uma necessidade de educação continuada para a equipe envolvida neste atendimento.

Por fim, a criação e utilização de protocolos de cuidados pautados nas evidências científicas mais atuais sendo abordados na prática clínica do enfermeiro são de extrema importância para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura. Levando-se em consideração os altos índices de morbimortalidade causados por estes quadros, além das taxas altas de desfechos desfavoráveis,

é obrigação de o profissional prestar assistência de qualidade e baseada nas melhores evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Â. C. M. *et al.* Atuação do enfermeiro a pacientes portadoras de síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, v. 6, n. 1, p. 51-63, 2020. Disponível em: <http://repositorio.gnuti.com.br/index.php/resap/article/view/192>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- AGUIAR, L. R. S. *et al.* Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 204-15, 2014. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/252>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 122, n. 5, p. 1122-1131, 2013.
- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Prevenção da pré-eclâmpsia baseada em evidências. **Femina**, v. 37, p. 48-52, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204814/mod_folder/content/0/Preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20pr%C3%A9-ecl%C3%A3mpsia%20baseada%20em%20evid%C3%A4ncias.pdf?forcedownload=1. Acesso em: 13 ago. 2020.
- AMORIM, T. *et al.* Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. **Enfermería global**, v. 16, n. 46, p. 500-543, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- ANTUNES M. B. *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Rev Reme Enferm**, v. 21, n. 1057, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170067>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- ARAÚJO, I. F. M. *et al.* Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4254-4262, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231189/25174>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- AYDIN, S. Partial HELLP syndrome: Maternal, perinatal, subsequent pregnancy and long-term maternal outcomes. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 40, n. 4, p. 932-940, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jog.12295>. Acesso em: 19 set. 2018.
- BACELAR, E. B. *et al.* Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 673-681, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400004>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOTELHO, N. M *et al.* Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 36, n. 7, p.290-295, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/so100-720320140004892>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRAIDA, T. **Síndrome HELLP e as alterações na coagulação**. Trabalho pós-graduação (Especialização Hematologia Laboratorial). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014. 16f. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/2223>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diária Oficial da União de 09/06/87**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 5ª ed. Editora: Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2012. 302p.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.

_____. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**: Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-de-procedimentos-do-sistema-de-informacoes-sobre-mortalidade/>. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, K. K. G. *et al.* The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 2717-2725, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3749>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS.. 2013. **Universidade Federal de Santa Catarina** [Internet]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 19 set. 2018.

CAMPOS, C. A. S. *et al.* Ganho de peso gestacional, estado nutricional e pressão arterial de gestantes. **Rev Saude Publica**, v. 53, p. 57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000880>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CARNEIRO, R. F. *et al.* Uma nova ferramenta educacional para a prevenção de hipertensão na gravidez: avaliação através da visita de equipe de saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1439-1450, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/22d7/92b0254125c66a4929087fde23cfee092870.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CHAVES A. P. B.; MESQUITA, S. K. C.; RAMOS, D. K. R. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: conduta de enfermeiros em unidade básica de saúde. **Rev da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, pp. 648-654, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i1.1434>. Acesso em: 13 ago. 2020.

COÊLHO, M. A. L. *et al.* Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 160-167, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000200011>. Acesso em: 13 ago. 2020.

COREN (SC). **Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética**. Organização: BRESCIANI, H. R. [*et al.*]. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Legisla%C3%A7%C3%A3o-Comentada_site.pdf. Acesso em: 27 nov. 2018.

CUNNINGHAM, F.G. **Obstetrícia de Williams**. 24.ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Estabelecimentos de Saúde** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DELGADO, G. P. S. **Hipertensão arterial na gravidez: como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria da qualidade de vida das grávidas hipertensas** (Monografia). Escola superior da saúde da Universidade de Mindelo. 2014. 81 p.

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PMS 2018-2021. Portaria no 1098 - GABS/SESMA, de 06 de setembro 2017, publicada no Diário Oficial do Município de Belém N° 13.359, de 11 de setembro de 2017. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Plano%20Municipal%20de%20Saude_2018-2021-%20SESMA%20BELEM-PA.pdf. Acesso em 17 jul. 2020.

ERRICO, L. S. P. *et al.* O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1257-1264, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>. Acesso em: 13 ago. 2020.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos** [Internet]. São Paulo: 2017. 56 p. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

FERREIRA, M. B. G. *et al.* Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 324-334, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>. Acesso em: 13 ago. 2020.

FERREIRA, M. B. G; *et al.* Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.324-334, abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000200020>. Acesso em: 11 ago. 2020.

FERREIRA, S. S. *et al.* Ácido acetilsalicílico na prevenção da pré-eclâmpsia: uma revisão baseada na evidência. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 118-132, abr., 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 jul. 2020.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

GARCIA, E. S. G. F. *et al.* As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online), v. 10, n. 3, p. 863-870, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870>. Acesso em: 11 ago. 2020.

GOMES, C. B. *et al.* Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. **Texto & Contexto Enfermagem**, 28, e20170544, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ. 2010. 168p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225904.pdf/1.0>. Acesso em 06 mar 2016.

GUERREIRO, D. D. *et al.* Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 4, p. 825-834, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769213159>. Acesso em 06 mar 2016.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, 2006. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.*, n, 8, 2010.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclâmpsia. **Revista de Medicina**, [s.l.], v. 97, n. 2, p. 226, 15 jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234>. Acesso em: 30 jun. 2020.

KAHL, C. *et al.* Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03327, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017025503327>. Acesso em 06 mar 2016.

KATZ L *et al.* Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 2, pp. 80-6, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000200006>. Acesso em: 13 ago. 2020.

KERBER, G. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.1899-906, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>. Acesso em: 02 out. 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.91-104, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292015000100008>. Acesso em: 27 set. 2018.

LOPES, G. T *et al.* Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus: Temas Livres**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 36, p.77-89, jun. 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/89fb/442367630606586b38789742b9ed363b82fa.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

MAEDA, T.C. *et al.* Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Rev. Enferm. Atenção Saúde** (online), v. 3, n. 2, p. 6-18, 2014. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1016>. Acesso em: 12 mai. 2016.

MARIANO, M. S. B. *et al.* Mulheres com síndromes hipertensivas. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 1618-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230780p1618-1624-2018>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MARIANO, M. S. B. *et al.* Mulheres com síndromes hipertensivas. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, [SI], v. 12, n. 6, p. 1618-1624, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230780p1618-1624-2018>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Juiz de Fora, p.0-7, 09 dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf. Acesso em: 19 set. 2018.

MARTINS, M. *et al.* A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 802-808, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400003>. Acesso em: 19 set. 2018.

MATOS, D. S; RODRIGUES, M. S; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 18-33, out. 2016.

Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12937>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MEDEIROS F. F. *et al.* Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 204-211, 2019. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MEDEIROS, A. L. *et al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, e55316, 2016.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.55316>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

MONTENEGRO, C. A. B.; PEREIRA, M. N.; REZENDE JÚNIOR, J. Toxemia Gravídica.

In: REZENDE, M. F. **Obstetrícia Fundamental**. Guanabara Koogan. 13ª ed. 2016. p. 31556.

MOURA, M. G. M. *et al.* Concepções de acadêmicos de enfermagem acerca da depressão e do cuidado ao paciente deprimido. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 39, p.219-280, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Concepcoes_academicos_enfermagem.pdf. Acesso em: 27 nov. 2018.

MURAZAWA, M. M. *et al.* Cefaleia na gestação. **Rev Fac Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. Supl., 2015. Disponível em: <http://200.144.145.24/RFCMS/article/view/24780>.

Acesso em: 13 ago. 2020.

NASCIMENTO, E. F. G. *et al.* Conhecimento e condutas realizadas por enfermeiros da atenção básica perante as síndromes hipertensivas da gravidez – SHG. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 31, n. 1, p. 6-16, 2019. Disponível em:

https://doi.org/10.26843/ro_unicidv3112019p6-16. Acesso em: 13 ago. 2020.

NASCIMENTO, L. C. N *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 24 nov. 2018.

NASCIMENTO, W. G. *et al.* Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3062,

2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2423-3062>. Acesso em: 13 ago. 2020.

NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro: um levantamento bibliográfico. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde: REAS**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.107-119, 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1538/pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

NOUR, G.; FREDERICO, A. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 01, p.121-128, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>. Acesso em: 07 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. C. M. *et al.* Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 106, n. 2, p. 113-120, Feb., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150150>. Acesso em: 13 ago. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; ALMEIDA, L. B.; LUCCA, A.; NASCIMENTO, V. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 231-9, 2016. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/04_out-dez/V34_n4_2016_p231a239.pdf. Acesso em: 16 julh. 2020.

OLIVEIRA, E. C.; BARBOSA, S. M.; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica Facmais**, GoiÁs, v. 7, n. 3, p.24-38, nov. 2016. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Rev Cuid**, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.374>. Acesso em: 13 ago. 2020.

OLIVEIRA, J.C. S *et al.* Assistência pré-natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 5, n. 2, p. 1613-1628, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.857>. Acesso em: 07 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia**. Brasília: OMS; 2013. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/pt/#:~:text=processing%20this%20directive%5D-,Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20da%20OMS%20para%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e,pr%C3%A9%20Decl%C3%A2mpsia%20e%20da%20ecl%C3%A2mps&text=A%20maioria%20das%20mortes%20devido,mulheres%20que%20apresentem%20essas%20complica%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 13 ago. 2020.

- PICCININI, C. A *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.27-33, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722012000100004>. Acesso em: 27 set. 2018.
- PRADO, P. F.; SILVA, S. S. B. E. Uso da monitoração ambulatorial da pressão arterial nos distúrbios hipertensivos gestacionais. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 2, 28 ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v42i2.1011>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- RAGAGNIN, M. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma revisão narrativa. **Rev pesqui cuid fundam**, v. 9, n. 4, pp. 1177-82, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1177-1182>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- RIBEIRO, J. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com síndrome Hellp. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 4, pp. 569-577, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769221345>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- ROBERTS, James M. *et al.* The role of obesity in preeclampsia. **Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health**, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2010.10.013>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- ROCHA, E. S. S. *et al.* Sistematização da Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em Adolescentes. **Rev Interd Pensamento Científico**, v. 2, n. 2, p. 209-227, 2016. Disponível em: <http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/download/128/91>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- SAITO, P. Y.; TEIXEIRA, N. Z. F.; NAKAGAWA, J. T. T. Análise da assistência hospitalar dos casos de óbitos maternos: uma reflexão crítica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 12530, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12530>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 31, Supl, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8645>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- SBARDELOTTO, T. *et al.* Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53699>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- SEABRA, G *et al.* Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 348-53, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001100005>. Acesso em: 13 ago. 2020.
- SILVA, D. F.; JESUS, E. G.; PERES, L. C. Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação. **Reface**, v. 2, n. 2, pp. 1-11, 2018. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/575/210>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SILVA, M. L. C. *et al.* Mulheres com risco cardiovascular após pré-eclâmpsia: há seguimento no Sistema Único de Saúde? **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 93-9, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3197.2389>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SILVEIRA, L. C. *et al.* Clinical care in nursing: development of a concept in the perspective of professional practice reconstruction. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0548.pdf. Acesso em: 27 set. 2018.

SOUSA, D.M.N. *et al.* Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.500-506, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15314>. Acesso em: 20 ago 2018.

SOUSA, M. G. de *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eAO4682, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4682. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOUZA, A. S. R. *et al.* S. Pré-eclâmpsia. **Femina**, v. 34, n. 7, p. 499-507, 2006.

SOUZA, J. P. Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 533-535, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>. Acesso em: 20 ago 2018.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SPINDOLA, T.; LIMA, G. L. S.; CAVALCANTI, L. R. A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um hospital universitário. **Rev pesqui cuid fundam**, v. 5, n. 3, p. 235-244, 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2085/pdf_859. Acesso em: 30 jun. 2020.

THULER, A. C. M. C. *et al.* Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na atenção primária. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 1060, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a234605p1060-1071-2018>. Acesso em: 30 jun. 2020.

TRANQUILLI, A. L. *et al.* The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. **Pregnancy hypertension**, v. 4, n. 2, p. 97-104, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.02.001>. Acesso em: 30 jun. 2020.

VIEIRA NETA, F. A. *et al.* Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 823-831, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3253>. Acesso em: 13 ago. 2020.

VISINTIN C *et al.* Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. **BMJ**, V. 341, c2207, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.c2207>. Acesso em: 13 ago. 2020.

World Health Organization (WHO). **Cause specific mortality: regional estimateds for 2000- 2011**. Geneva: WHO; 2012.

World Health Organization (WHO). **Cause-specific, mortality and morbidity: Maternal mortality ratio by country**. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality** [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ZUGAIB, M. (Ed.). **Obstetrícia básica**. Barueri-SP: Manole Ltda. 3 ed; 2016.

ZUGAIB, M. (Ed.). **Obstetrícia básica**. Barueri-SP: Manole Ltda.; 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO”. O objetivo deste trabalho é desvelar o conhecimento de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre as síndromes hipertensivas específicas da gestação. Esta Síndrome é apontada como a maior causa de mortalidade materna direta no Brasil, sendo de fundamental importância o pré-natal neste diagnóstico e tratamento, bem como prevenção de complicações, diante disso o enfermeiro possui papel fundamental neste processo. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a ser entrevistado, e permitir que a mesma seja gravada.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa podem ser de cansaço, constrangimento ou, ainda, algum desconforto, comum de acontecer em qualquer tipo de interação. As informações coletadas serão utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia.

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: 984656868. Desde já agradeço!

Eu _____ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “**CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO**”..

Belém, ____ de _____ de 20 ____.

 Pesquisadora
 Lorena Saavedra Siqueira
 CPF: 92923780230 / Cel (91) 984656868

Participante

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (CEP-ICS/UFGA) – COMPLEXO DE SALA DE AULA/ICS-SALA 13 – CAMPUS UNIVERSITÁRIO,,Nº 01, GUAMÁ. CEP: 66.075-110 – BELÉM-PARÁ. TEL: 3201-7735 E-MAIL: cepccs@ufpa.br

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Roteiro de entrevista com o Enfermeiro que atende pré-natal na Atenção Primária à Saúde**

Data: / /

Perfil profissional

Código: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Tempo de formação: _____

Possui especialização: () sim () não Se sim, em qual área? _____

Se especialista há quanto tempo? _____

Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde: _____

Já fez alguma capacitação sobre Pré-natal: () sim () não

Há quanto tempo: _____

ROTEIRO DE PERGUNTAS

Comente o que você conhece sobre síndromes hipertensivas específicas da gestação ?

Como ocorre o processo de reconhecimento de uma paciente com síndromes hipertensivas específicas da gestação ?

Comente sobre o manejo clínico de uma paciente que apresenta síndrome hipertensiva específica da gestação.

APÊNDICE C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO SESMA

**Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem**

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Belém/ PA, 13 de fevereiro de 2019.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belém

Ao Dr. Sérgio de Amorim Figueiredo,

Encaminho uma cópia do projeto de pesquisa intitulado “**CONHECIMENTO DE ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO**” para apreciação e anuência junto a esta secretaria.

Declaro que este projeto de pesquisa será realizado como Dissertação de Mestrado, pela mestranda Lorena Saavedra Siqueira, do Curso de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará – PPGENF/UFPA.

No aguardo de manifestações, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Lorena Saavedra Siqueira
Pesquisadora Responsável**

Nome: Lorena Saavedra Siqueira
E-mail: lorenaunama23@gmail.com
Telefone: 91-984656868

**APÊNDICE D – CARTA DE ENCAMINHAMENTO DIRETORES UNIDADES DE
SAÚDE**



**Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

CARTA CONVITE

Belém/PA, _____ de 2019.

Ao Coordenador da UMS/ESF

A Unidade de saúde de sua gerência está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa intitulado “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO”. O objetivo deste trabalho é desvelar o conhecimento de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre as síndromes hipertensivas específicas da gestação. Para realizar o estudo será necessária a participação de um enfermeiro desta Unidade que atenda o Programa Pré-Natal.

Todo conteúdo coletado será utilizado unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade dos dados.

Todas as informações pertinentes serão repassadas aos participantes e lhes será dado um Termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura que confirma e disponibiliza a participação.

Reforço que esta pesquisa tem anuência da Secretaria municipal de saúde de Belém, e foi aprovada em Comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Pará com número de CAAE 09559719.5.0000.0018

Atenciosamente

**Lorena Saavedra Siqueira
Pesquisadora Responsável**

APÊNDICE E – PERFIL DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS

Quadro 5 – Caracterização dos profissionais entrevistados.

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMADO	ESPECIALISTA	ÁREA DE ESPECIALIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	CAPACITAÇÃO SOBRE PRÉ-NATAL	TEMPO DA ÚLTIMA CAPACITAÇÃO
NURSE1 UMS	46	FEMININO	19 ANOS	NÃO	NÃO POSSUI	8 ANOS	REALIZADA	1 ANO E 6 MESES
NURSE 2 ESF	34	FEMININO	07 ANOS	SIM	OBSTETRICIA	3 ANOS	REALIZADA	06 MESES
NURSE 3 UMS	47	FEMININO	21 ANOS	SIM	NEONATOLOGIA	20 ANOS	REALIZADA	10 ANOS
NURSE 4 ESF-	26	FEMININO	3 ANOS	SIM	CARDIOLOGIA E HEMODINAMICA	2 ANOS E 6 MESES	REALIZADA	2 ANOS
NURSE 5 ESF	54	FEMININO	18 ANOS	SIM	ATENÇÃO BÁSICA	14 ANOS	REALIZADA	4 ANOS
NURSE 6 UMS-	32	FEMININO	5 ANOS	SIM	URGENCIA E EMERGENCIA	1 ANOS E 6 MESES	NÃO REALIZADA	
NURSE 7 UMS-	61	FEMININO	35 ANOS	SIM	OBSTETRICIA	34 ANOS	REALIZADA	3 ANOS
NURSE 8 UMS-	50	FEMININO	26 ANOS	SIM	OBSTETRICIA	23 ANOS	REALIZADA	4 ANOS
NURSE 9 ESF-	30	FEMININO	9 ANOS	SIM	URGENCIA E EMERGENCIA	8 ANOS	REALIZADA	1 ANO
NURSE 10 ESF	40	FEMININO	8 ANOS	SIM	TERAPIA INTENSIVA	7 ANOS	REALIZADA	6 MESES
NURSE 11 UMS	46	MASCULINO	20 ANOS	NÃO	NÃO	17 ANOS	REALIZADA	8 ANOS
NURSE 12 UMS	46	FEMININO	24 ANOS	SIM	OBSTETRICIA E GESTÃO EM SAÚDE	24 ANOS	REALIZADA	4 ANOS
NURSE 13 UMS	32	FEMININO	9 ANOS	SIM	SAÚDE PÚBLICA	9 ANOS	REALIZADA	1 ANO
NURSE 14 ESF	26	FEMININO	3 ANOS	SIM	TERAPIA INTENSIVA	2 ANOS	REALIZADA	2 ANOS
NURSE 15 ESF	29	MASCULINO	2 ANOS	SIM	TERAPIA INTENSIVA ADULTO E NEO	1 ANO E 6 MESES	NÃO REALIZADA	

Fonte: pesquisa de campo.

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA SESMA



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESMA), aceita a realização do Projeto de Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA), intitulado “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO”, de autoria da Mestranda Lorena Saavedra Siqueira, sob orientação da Prof. Dr. Roseneide dos Santos Tavares.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Instituição de origem.

Belém, 27 de fevereiro de 2019.

Sermanaia Polanco
 Núcleo de Educação Permanente
 DGRTS/SESMA

Av Governador José Malcher nº 2821
 Entre Almirante Barroso e José Bonifácio
 CEP: 66090-100 Belém – PA
 Tel: (91) 98413 1388/31846111
 E-mail: nepcoordenacao@belém@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESMA), aceita a realização do Projeto de Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA), intitulado “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO”, de autoria da Mestranda Lorena Saavedra Siqueira, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Roseneide dos Santos Tavares.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Instituição de origem.

Belém, 27 de fevereiro de 2019.

Sermanda Polanco
Núcleo de Educação Permanente
DGRTS/SESMA

Sermanda Polanco
Núcleo de Educação Permanente
DGRTS/SESMA, em exercício

Av Governador José Malcher nº 2821
Entre Almirante Barroso e José Bonifácio
CEP: 66090-100 Belém – PA
Tel: (91) 98413 1386/31846111
E-mail: nepcoordenacaobelem@yahoo.com.br



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESMA), aceita a realização do Projeto de Pesquisa da **Universidade Federal do Pará (UFPA)**, intitulado **"CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO"**, de autoria da Mestranda **Lorena Saavedra Siqueira**, sob orientação da **Prof. Drª. Roseneide dos Santos Tavares**.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da Instituição de origem.

Belém, 27 de fevereiro de 2019.

Suzanna Polato
 Núcleo de Educação Permanente
 DGRTS/SESMA

Av Governador José Malcher nº 2821
 Entre Almirante Barroso e José Bonifácio
 CEP: 66090-100 Belém - PA
 Tel: (91) 98413 1388/31646111
 E-mail: nepcoordenacao@belém@yahoo.com.br

ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SINDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

Pesquisador: LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09659719.5.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.373.797

Apresentação do Projeto:

As síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG) são a primeira causa de mortalidade materna no Brasil, sendo a maior responsável pelo elevado número de óbitos perinatais, além do aumento significativo de neonatos com sequelas. O pré-natal pode ser considerado um fator de proteção para a saúde da mulher grávida, pela inclusão de procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Com uma boa condução, o pré-natal pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e garantir um desenvolvimento da gestação e parto. Será um estudo de campo com uma abordagem qualitativa descritiva. A pesquisa será realizada em Unidades de atenção básica de Belém, um município brasileiro e capital do estado do Pará. O estudo irá compor uma amostragem mínima de 15 enfermeiros que atuam no pré-natal das unidades municipais e de estratégia saúde da família das regiões distritais de Belém.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar o conhecimento de enfermeiros que atendem pré-natal em unidades básicas de saúde sobre as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação no município de Belém, estado do Pará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos: Incômodo, já que terão que garantir parte de seu tempo para realização da pesquisa.

Benefícios: difusão dos conhecimentos irá repercutir na assistência e no cuidado de enfermeiros,

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepcos@ufpa.br

Continuação do Parecer: 3.373.797

tendo em vista que os resultados serão devolvidos para o cenário estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A respeito aos conhecimentos de enfermeiros no manejo das síndromes hipertensivas, o esperado é que hajam dificuldade relacionada as condutas, mais especificamente em relação a quando encaminhar para o pré-natal de alto risco ou quando encaminhar para as urgências obstétricas. Complexidade quanto a descrição correta dos sintomas, diferenciação entre hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia leve e grave, eclâmpsia e síndrome de HELLP. Além de dificuldades no conhecimento em relação a prevenção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1294612.pdf	09/03/2019 16:05:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	detalhado.docx	09/03/2019 14:38:21	LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	09/03/2019 14:33:21	LORENA SAAVEDRA	Aceito
Outros	acelte.pdf	09/03/2019 14:25:33	LORENA SAAVEDRA	Aceito
Outros	onus.pdf	09/03/2019 14:25:09	LORENA SAAVEDRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	09/03/2019 14:21:00	LORENA SAAVEDRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	09/03/2019 14:20:08	LORENA SAAVEDRA SIQUEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/03/2019	LORENA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepcos@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.373.797

Orçamento	orcamento.pdf	14:18:58	SIQUEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/03/2019 14:16:52	LORENA SAAVEDRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.pdf	09/03/2019 14:16:36	LORENA SAAVEDRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	09/03/2019 13:45:06	LORENA SAAVEDRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 06 de Junho de 2019

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepcos@ufpa.br

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS SESMA



AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESMA) está ciente do Projeto de Pesquisa, do Curso de Mestrado em Enfermagem da **Universidade Federal do Pará (UFPA)**, intitulado: **"CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO"**, de autoria da mestranda **LORENA SAAVADERA SIQUEIRA**, sob orientação da **Prof. Dr. ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES**, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da **Universidade Federal do Pará (UFPA)**, sob o número de CAAE: **09559719.5.000.0018**.

Conforme os objetivos e a metodologia da pesquisa acima citada, esclarecemos que para seu desenvolvimento deverão ser assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Portanto, comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP-DGRTS-SESMA), do Município de Belém-Pa, para ser realizada nas **UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE** do Guamá, Tapanã, Marambaia, Sacramento, Icoaraci, Outeiro, Maracajá e Fátima; **ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA** Condor, Água Cristal, Sacramento Mucajá, Tenoné 2, Fielis e Maracajá.

Belém, 17 de setembro de 2019.

Núcleo de Educação Permanente em Saúde
DGRTS-SESMA
Raimunda Sena
Coordenadora NEP
Portaria Nº 571/2019
GAB/SESMA/PMB

Av. Governador José Malcher nº 2821
Bairro: São Brás Belém - PA
CEP: 66090-100
Tel: (91) 98413-1388/3184-6111
nepcoordenacaobel@yaho.com.br