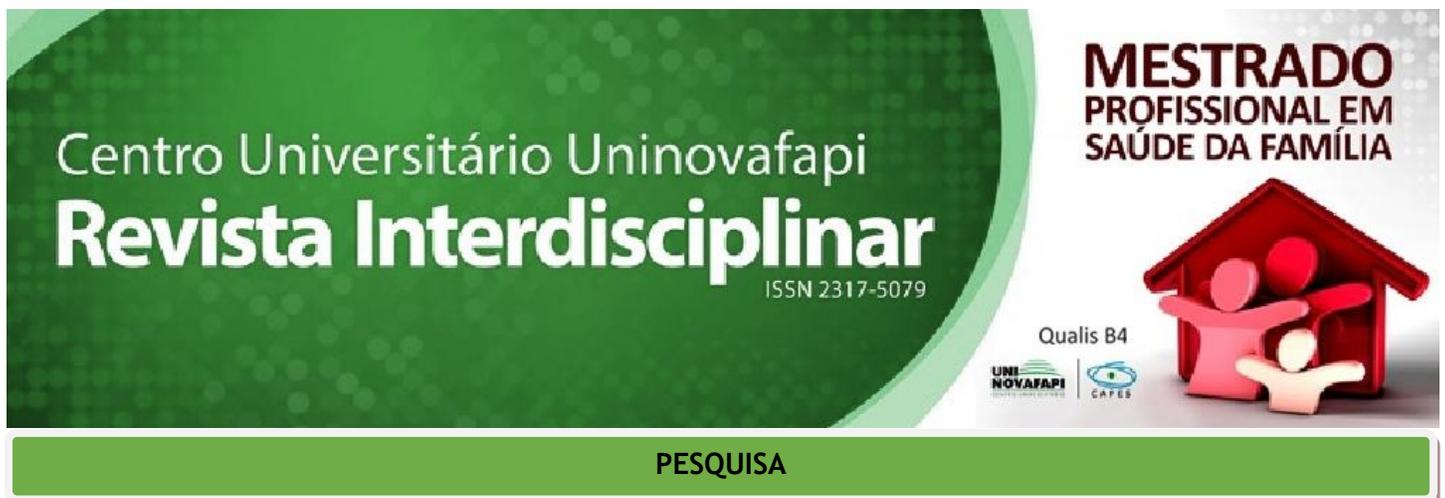


Carvalho, A. C. et al.



PESQUISA

Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal
Experiencing pregnancy with hypertension in prenatal
Mi experiencia con el embrazo con hipertensión en prenatal

Adélia Cunha de Carvalho¹, Albênia de Castro Magalhães², Andressa Silva de Medeiros³, Fernanda Cláudia Miranda Amorim⁴

RESUMO

O estudo objetivou conhecer a vivência da gestante com Hipertensão Arterial. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família da regional Leste-Sudeste, no município de Teresina/PI. As participantes do estudo foram 16 gestantes, considerando os seguintes critérios de inclusão: adultas a partir de 20 anos, sem histórico de hipertensão prévia, doenças crônicas e/ou outras complicações gestacionais e com diagnóstico médico de doença hipertensiva específica da gestação, cadastradas nas unidades básicas e acompanhadas no pré-natal. A partir dos resultados emergiram três categorias: vivenciando os diferentes sentimentos na gestação com hipertensão arterial; (des) conhecimento da hipertensão na gestação; Assistência pré-natal a gestante com hipertensão. Os depoimentos apontaram para o desejo de orientações que garantam o entendimento da gestante sobre a doença, complicações e o seu autocuidado. Essa realidade possibilita aos profissionais de saúde repensar a sua prática no atendimento a gestante com hipertensão. **Descritores:** Gestação. Hipertensão Arterial. Pré-Natal. Enfermagem.

ABSTRACT

This article focuses on the experience of pregnant women with Hypertension. This is an exploratory, descriptive qualitative study, developed in the FHS regional East-Southeast, in the city of Teresina / PI. The study participants were 16 pregnant women, considering the following inclusion criteria: adult from 20 years with no prior history of hypertension, chronic and / or other pregnancy complications and medical diagnosis of hypertensive disorders of pregnancy were enrolled in units basic and accompanied prenatally. From the results three categories emerged: experiencing different feelings in pregnancy with hypertension; (un) awareness of hypertension in pregnancy; Prenatal care to pregnant women with hypertension. The testimony pointed to the desire of guidelines to ensure understanding of pregnant women about the disease, its complications and self-care. This fact enables healthcare professionals to rethink their practice in caring for pregnant women with hypertension. **Descriptors:** Pregnancy. Hypertension. Prenatal. Nursing.

RESUMEN

Este artículo se centra en la experiencia de las mujeres embarazadas con hipertensión. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo cualitativo, desarrollado en el FHS regional Este-Sureste, en la ciudad de Teresina / PI. Los participantes del estudio fueron 16 mujeres embarazadas, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: adultos a partir de 20 años sin antecedentes de hipertensión, complicaciones del embarazo crónicas y / u otros y el diagnóstico médico de los trastornos hipertensivos del embarazo se inscribieron en unidades básico y acompañado prenatalmente. De los resultados surgieron tres categorías: experimentar diferentes sensaciones en el embarazo con hipertensión; (Un) la conciencia de la hipertensión en el embarazo; La atención prenatal a las mujeres embarazadas con hipertensión. El testimonio señaló el deseo de directrices para asegurar la comprensión de las mujeres embarazadas sobre la enfermedad, sus complicaciones y el autocuidado. Este hecho permite a los profesionales de la salud de repensar su práctica en el cuidado de las mujeres embarazadas con hipertensión. **Descritores:** Embarazo. Hipertensión. Prenatal. Enfermería.

¹Graduanda em Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI. E-mail: adeliacarvalho15@hotmail.com. ²Graduanda em Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI. E-mail: a.m_castro@hotmail.com. ³Graduanda em Bacharelado em Enfermagem no Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI. E-mail: ddxamedeiros@hotmail.com. ⁴Mestre em Enfermagem pela UFPI. Professora do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: famorim@uninovafapi.edu.br.

Carvalho, A. C. et al.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral. A hipertensão na gestação pode ocorrer de duas maneiras: a preexistente (crônica) e a induzida pela gestação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), na forma mais grave, a síndrome HELLP, diagnosticadas a partir da 20ª semana de gestação, que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada (BRASIL, 2006).

A assistência de qualidade ao pré-natal de baixo e alto risco está relacionada à redução da morbimortalidade materna e perinatal, portanto, é imprescindível o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, desde o acompanhamento pré-natal, até o encaminhamento para o serviço de referência e complexidade (BRASIL, 2006).

O processo natural da gestação envolve mudanças fisiológicas e complexas, devendo cursar de forma tranquila, no entanto diversas situações podem ocorrer durante esse período, pois, várias são as patologias que acometem a gestante, como a Hipertensão, que é a temática em estudo (BRASIL, 2000).

No entanto, apesar das dificuldades vivenciadas pela gestante com hipertensão e sua família, é importante ressaltar que, quanto mais precoce possível for o início do pré-natal, melhores serão as chances de uma gravidez sem complicações. Nesse sentido é necessário compreender que a assistência pré-natal objetiva assegurar uma evolução normal da gravidez, preparar a mãe para um parto, puerpério e lactação normal, identificarem as situações de risco, para que seja possível prevenir as

complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal (BRASIL, 2010).

Neste contexto, o Enfermeiro tem o papel importante na assistência à gestante com hipertensão, orientando, acolhendo e acompanhando durante todo pré-natal, propiciando um cuidado que atenda suas necessidades individuais, considerando o seu contexto familiar e social.

Diante desta perspectiva, o objeto de estudo é a vivência da gestante com hipertensão arterial durante o pré-natal. O estudo foi norteado por dois questionamentos: Qual a vivência da gestante com hipertensão arterial durante o pré-natal? Como está sendo realizado o pré-natal da gestante com hipertensão arterial? A partir dessas considerações o estudo objetivou Conhecer a vivência da gestante com hipertensão arterial e Descrever o acompanhamento pré-natal da gestante com hipertensão arterial.

A aproximação com a temática ocorreu inicialmente por uma experiência vivida na própria família, na qual se acompanhou uma gestante que desenvolveu hipertensão arterial com complicação, Outro momento de aproximação e decisivo para a escolha do tema em estudo foi ao longo do curso de bacharelado em Enfermagem, durante a disciplina Saúde da Mulher, pela afinidade com os conteúdos relacionados a esta disciplina, bem como a oportunidade nos estágios de realizar assistência a gestantes com Hipertensão. Essa experiência nos fez perceber o importante papel do Enfermeiro no contexto do cuidado a essas pacientes.

Nesse sentido, consideramos que esta pesquisa possa contribuir para a reestruturação de uma assistência de Enfermagem que atenda às reais necessidades do binômio mãe/filho e que possam ser desenvolvidas atividades educativas efetivas, como também incentivar a reflexão dos profissionais de saúde, especialmente os

Carvalho, A. C. et al.

Enfermeiros, para que esses repensem sua prática do cuidado na atenção da gestante considerando a sua integralidade, não esquecendo que a gravidez e todas as modificações fisiológicas, emocionais e psicológicas ligadas a ela, são vivenciadas pela mulher e por seus familiares.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família da regional Leste-Sudeste, no município de Teresina/PI. As participantes do estudo foram 16 gestantes, considerando os seguintes critérios de inclusão: adultas a partir de 20 anos, sem histórico de hipertensão prévia, doenças crônicas e/ou outras complicações gestacionais e com diagnóstico médico de doença hipertensiva específica da gestação, cadastradas nas unidades básicas e acompanhadas no pré-natal; e que aceitaram voluntariamente participarem do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro universitário UNINOVAFAPI, por meio do parecer CAAE Nº 18445413.7.0000.5210. Os dados foram coletados em Novembro de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada utilizando um roteiro composto por duas partes: a primeira, com dados de identificação como: idade, estado civil; escolaridade; renda familiar; antecedentes pessoais; familiares e gineco-obstétricos, a segunda, contendo as seguintes questões: 1- Para a senhora como está sendo vivenciar a Hipertensão na gravidez? 2- Como está sendo

realizado o acompanhamento de sua gravidez durante o pré-natal?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para delimitação do número de participantes utilizou-se o critério de saturação dos dados. A análise dos discursos abrangeu o referencial temático de Minayo (2008).

As gestantes foram identificadas por pseudônimos de flores: Acácia, Açucena, Amarílis, Alecrim, Alfazema, Azaléia, Begônia, Bogarim, Cerejeira, Copo-de-Leite, Flor-de-laranjeira, Girassol, Hortêncica, Margarida, Rosa e Orquídea.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na análise dos dados iniciais por meio da primeira parte do instrumento de investigação, foi possível caracterizar as participantes do estudo. Verificou-se a maioria, relataram ser donas de casa; quanto à idade, variou entre 23 a 34 anos, onze possuíam ensino médio completo, apenas quatro possuíam ensino fundamental incompleto e uma estava concluindo o ensino médio; referente ao estado civil apenas duas eram solteiras e as demais eram casadas ou viviam em união estável. Correspondente à renda familiar, a maioria relatou possuir renda familiar maior que um salário mínimo, três apresentaram renda menor que um salário mínimo e três possuíam a renda de um salário mínimo.

Quanto aos antecedentes pessoais, evidenciou-se que cinco participantes realizaram cirurgia pélvica uterina, três tiveram colecistite, duas infecção urinária e uma apresentou como antecedente pessoal, a ansiedade. Em relação aos antecedentes familiares, quatorze referiram à hipertensão arterial sistêmica, oito gemelaridade e quatro diabetes mellitus. No que se refere aos antecedentes gineco-obstétricos, cinco eram primíparas e quatro multiparas, sete vivenciavam

Carvalho, A. C. et al.

a segunda gestação, sendo que apenas duas tiveram abortamento.

São abundantes os fatores que podem aumentar o risco de desenvolver as SHG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, fatores genéticos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra, fatores ambientais, culturais e comportamentais estilo de vida e hábitos alimentares não saudáveis, consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, sedentarismo e tabagismo podem ser responsabilizados pela presença hipertensão em grande número dos casos. No Brasil, como em todo o mundo, diversos estudos epidemiológicos têm associado os níveis PA às características sócio-demográficas, como a faixa etária, grupo étnico e nível socioeconômico (BRASIL, 2006).

A incidência na primigesta é maior, pelo fato do organismo materno entrar em contato pela primeira vez com os antígenos fetais, estariam exacerbadas as reações imunológicas resultantes de uma baixa produção de anticorpos bloqueadores. Afirmar-se que a primeira gestação é um fator predisponente para PE, independente da idade da paciente. Embora, a PE pode ser encontrada em múltiparas, na maioria das vezes estas pacientes tem outro fator predisponente, como a hipertensão crônica (BRASIL, 2011).

Executou-se na pesquisa o percurso da análise temática, a partir do tratamento dos resultados e interpretação dos dados emergiram as seguintes categorias: Vivenciando os diferentes sentimentos na gestação com Hipertensão Arterial; (Des) Conhecimento da Hipertensão na gestação e Assistência Pré-natal a gestante com Hipertensão.

Vivenciando os diferentes sentimentos na gestação com Hipertensão Arterial

As participantes vivenciaram sentimentos de tristeza, medo e preocupação. O sentimento de medo revelado frente à gravidez com hipertensão é justificável tendo em vista a possibilidade de tal agravo acometer a sua saúde e a de seu filho. Em geral, o medo pode ser originado por incertezas e alterações orgânicas advindas de doenças ou mesmo da possibilidade do indivíduo ser acometido por elas e seus sinais e sintomas (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Eu fiquei foi triste, tô com medo, preocupada porque nunca tinha dado alta veio dá alta agora (Rosa).

Eu disse pro médico que eu tava preocupada porque minha pressão deu alta, tô com medo (Margarida).

Fico preocupada com a pressão alta [...] dá um medo (Copo de Leite).

O fato das depoentes sentirem medo torna-se relevante quando se considera que as taxas de mortalidade materna e neonatal, em decorrência das SHGs, constituem uma realidade atual. Assim, mãe e concepto ficam sujeitos a danos que podem resultar em morte. Mediante a uma gravidez de risco, o medo se faz presente tanto na mulher como no homem, predispondo-os a um estado de insegurança e incertezas relativas à saúde materna e fetal durante toda a gestação.

Frente às possíveis ocorrências advindas com as SGHs, a Organização Mundial de Saúde (OMS) as considera como uma das principais causas de morbidade grave que acomete a mulher durante a gravidez. Com efeito, na América Latina, um quarto das mortes maternas é associado a essas complicações (BRASIL, 2011).

O medo foi manifestado pelas depoentes em relação ao parto Cesário, influenciado por experiências anteriores ou mesmo pelos

Carvalho, A. C. et al.

conhecimentos das depoentes sobre os aspectos que envolvem esse tipo de parto.

Minha irmã eu tô com medo que meu parto é cesárea (Açucena).

[...] tô preocupada porque vai ser cesárea (Begônia).

As gestantes revelam nos depoimentos de forma velados a escolha pelo parto normal, medo e preocupação pelo parto Cesáreo, esses sentimentos, impedem o processo fisiológico do parto normal essa escolha provavelmente é decorrente de experiências vividas no cotidiano familiar e social, que repercutiu de forma negativa para a cesariana.

No entanto, os depoimentos são contraditórios, visto que em estudos realizados por Silva et al. (2011), entre os fatores que podem afetar a decisão da mulher quanto à escolha da via de parto, está o medo da dor na hora do trabalho de parto e parto, o que leva gestantes a optarem pela cesárea eletiva, na busca de um parto menos doloroso. Isto equivale a dizer que o medo do parto pode ser considerado a expressão de sentimentos de ansiedade alimentados durante a gestação.

Em decorrência da DHEG o risco materno-fetal aumenta significativamente, quando esta surge antes de 28 semanas, e o tratamento definitivo da eclâmpsia e da pré-eclâmpsia é o parto (BRASIL, 2006). A determinação da via de parto deve ser tomada de acordo com cada caso, sendo uma indicação obstétrica, a qual é fundamental o esclarecimento da gestante e sua família, oferecendo informações necessárias, de maneira compreensível quanto às opções presentes e os riscos existentes, sendo que deve ser garantida a sua participação na tomada de decisões. Cabe resaltar, que o parto vaginal é preferível à cesariana em mulheres com pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, objetivando evitar o estresse adicional de uma cirurgia (BRASIL, 2010).

R. Interd. v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. 2014

A hospitalização pode ser necessária no acompanhamento da gravidez de alto risco, considerada como fator estressante adicional, podendo afastar a gestante do suporte familiar, ocasionando conflito entre a dependência imposta e a perda da sua autonomia. As depoentes Girassol e Flor de Laranjeira expressam sentimento de medo em relação à hospitalização.

Ah é complicado tenho medo sim, porque uma vez eu fui internada, porque tava alta demais [...] (Girassol).

Fui internada três vezes, fiquei deitada três meses [...] o médico disse que eu tava com a pressão, tive medo [...] (Flor de laranjeira).

A hospitalização é uma situação que causa sentimentos de medo a gestante, nesse contexto, o Enfermeiro deve ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que acompanha a gestação de alto risco. Dessa forma, com uma assistência planejada por meio da identificação dos problemas e da necessidade de cada paciente, é possível auxiliar a família a superar esse momento difícil (BRASIL, 2010).

Para Silva et al. (2011), as orientações insuficientes ou não compatíveis com as reais necessidades de saúde de cada gestante, pela falta de diálogo e de orientações necessárias podem ocasionar dúvidas sobre as causa e evolução da DHEG. Isso pode repercutir no negligenciamento do autocuidado, e algumas vezes promover a hospitalização precoce.

Em relação aos sinais/sintomas, as gestantes identificaram o que sentiam ou percebiam como pressão alta, como um sentimento ruim diante das alterações normais da gravidez.

[...] é ruim porque fica muito inchado as pernas, fico me tremendo, fica dormente, a cabeça um lado todo dormente (Girassol).

Carvalho, A. C. et al.

[...] gosto de colocar as pernas pra cima por causa do inchaço, sentou já coloco, é muito ruim. (Cerejeira).

A doutora falou pra levantar a pernas por causa de edema [...] esse inchaço é horrível (Alfazema).

As alterações fisiológicas decorrentes da gravidez ocasionam várias modificações no organismo materno, geralmente a maioria das gestantes apresenta edema nas extremidades inferiores, devido ao aumento da pressão causada pelo útero na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos, o inchaço das faces e das mãos, entretanto, é um sinal de alerta, pois caracteriza um sintoma importante para diagnóstico das complicações da hipertensão (BRASIL, 2010).

Contudo, algumas gestantes com hipertensão ou pré-eclâmpsia são assintomáticas, podendo apresentar pequeno, pouco ou nenhum edema periférico após o repouso na cama. Por esse motivo, a elevação da pressão sanguínea sistólica de 30 mmHg, ou na diastólica de 15 mmHg é também um sinal a ser investigado (BRASIL, 2011).

A importância da participação da família e do companheiro no processo como um todo, seria um mediador nas situações de estresse vivenciadas na gestação acometida pela Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) (SILVA et al. 2011).

O quadro de ansiedade e estresse é muito frequente em gestantes que vivenciam alterações que não são esperadas na gravidez, como a hipertensão, essa situação é expressa pelos depoimentos que seguem.

[...] o que eu acho ruim é esse batimento que eu sinto, acelerado, sinto assim um tremor parece que tá tremendo por dentro, nam é uma coisa estranha [...] mulher sou muito ansiosa [...] (Orquídea).

O meu é só do nervosismo [...] tenho problemas emocionais, me sinto ansiosa [...] (Alfazema).

Falaram pra não se estressar, mais tudo isso não adianta eu me estresso mesmo (Cerejeira).

Em gestantes, a ansiedade pode ser frequente, é apontada como um possível fator de risco tanto da prematuridade quanto do baixo peso ao nascer. Muitas vezes, as mulheres sentem vergonha em apontar suas queixas, o que faz com que esse sintoma seja confundido com problema orgânico. Podendo afetar negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por propiciar comportamentos de risco como: o hábito de fumar, alimentação e ganho de peso inadequado e atraso no acesso ao pré-natal (ARAÚJO; PEREIRA; KAG, 2007).

As dificuldades de adaptação emocional são maiores em gestações, a começar pelo diagnóstico de gestação de alto risco, portanto diferente das demais gestações, soma-se a isto, o próprio fator de risco, como componente estressante (VIERA; ROSSI, 2000). Os relatos expressam os sentimentos vivenciados pelas participantes a partir da comparação da experiência das gestações anteriores normais com a gestação atual.

Minha irmã é diferente né, porque a minha primeira foi normal aí essa tá sendo mais complicada porque minha pressão tá alta, os sentimentos eu não sei nem te explicar, só quero que saia bem, não preocupação não tenho não, só quando vou medir a pressão assim não tá normal aí eu fico (Acácia).

Sei não né, é um pouco difícil, preocupante porque na primeira nunca tinha acontecido isso a gente fica com medo, mas sabendo controlar vai dar tudo certo (Alecrim).

Na gestação, os objetivos terapêuticos incluem sobrevida fetal e materna, manutenção de peso fetal adequado ao nascimento, baixa incidência de complicações e prevenção de eclâmpsia. A droga de primeira escolha para tratamento da hipertensão arterial sistêmica crônica na gravidez e também para controle da

Carvalho, A. C. et al.

pré-eclampsia é a metildopa. Essa droga é um agente α -agonista central que diminui a resistência vascular sem diminuir o débito cardíaco, sendo considerada a droga anti-hipertensiva mais segura, eficaz e de primeira linha para tratamento da hipertensão na gravidez, principalmente por ser o anti-hipertensivo mais utilizado e estudado (BRASIL, 2011).

Os depoimentos de Begônia e Copo de Leite relatam a dificuldade do uso da medicação contínua que é exigida durante o tratamento da gestação com hipertensão.

Tô achando difícil né, tem que tomar os medicamentos [...] (Begônia).

[...] mas tomo a medicação na hora certa e estou tendo uma alimentação saudável (Copo de Leite).

A gestação é um evento complexo, que envolve mudanças de diversas maneiras, é uma experiência completa de sentimentos intensos que podem acarretar sentimentos inconscientes da mãe, em relação com seu filho, que inicia desde o período pré-natal, e se dá, basicamente, por meio das expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da relação que estabelece com ele, e merece ser melhor compreendida (PICCININI et al., 2004).

Esses sentimentos de preocupação da mãe com o filho são expressos no relato de Bogarim.

Fico preocupada com o bem estar do meu bebê e o que vai acontecer com ele (Bogarim).

As expectativas da mãe em relação ao bebê originam-se de seu próprio mundo interno, de suas relações passadas e suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas ao filho. Estas são mais freqüentes e intensas no segundo trimestre da gestação, que é o momento em que o feto, através dos movimentos, anuncia realmente sua existência. Depois do sétimo mês, o volume e a intensidade dessas expectativas tendem a diminuir, preparando, desta forma, a mãe para a chegada do bebê real (PICCININI et al., 2004).

K. Interd. v. 1, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. 2014

(Des) Conhecimento da Hipertensão na gestação

Nesta categoria são expressos nos depoimentos das gestantes o (des) conhecimento da doença a partir da associação da doença com: antecedentes familiares, fatores emocionais ou psicológicos, falta de cuidados com alimentação, alterações no peso e complicações.

Para Azevedo et al. (2009), a percepção de que a possibilidade de adquirir hipertensão é aumentada por estar relacionada a parentes próximos que apresentam a doença, tornou o surgimento da mesma um evento natural, previsível e determinante para as gestantes. No depoimento de Orquídea observa-se a associação da doença dos familiares, com a possibilidade de adquirir a hipertensão.

A minha família tem muito hipertenso, todinha morre, só morre de pressão alta, minha tia, avó, primo, só morre de hipertensão (Orquídea).

Segundo Silva et al. (2011), as gestantes conhecem a patologia como sendo uma doença causada pela pressão alta que durante a gravidez e que estas informações são repassadas, na sua maioria, de mãe para filha, ou por parentes.

Costa, Costa e Costa (2003) relata que existem diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver a DHEG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares para pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica.

A alimentação foi destacada em praticamente todas as narrativas, como se esta fosse o único risco a que as gestantes estavam expostas, nas falas estão relatadas claramente a importância e a relação da alimentação como elemento importante no cuidado e tratamento da hipertensão. Outro aspecto expresso nas falas é o conhecimento das participantes sobre o tipo de alimentos que predispõem a hipertensão como sal,

Carvalho, A. C. et al.

gordura, enlatado e refrigerante, e sobre os alimentos saudáveis como: verduras, carnes brancas e frutas.

Ah mulher, a pressão é alta por causa das comidas né, que não se alimenta adequado, come muita coisa gordurosa, essas coisas que causam pressão alta (Amarilis).

Eu evito comer calabresa, coisa enlatada, essas coisas assim, refrigerante, tomo suco [...] (Azaléia).

Eu sei que tem que evitar comida gordurosa, sal [...] (Hortência).

As participantes reconhecem a importância da alimentação saudável para melhora da doença. Sírio, (2007) relata que fatores genéticos e ambientais predispõem a Hipertensão Gestacional, dentre estes a nutrição humana, pois estudos científicos comprovam que dietas ricas em sódio, aliadas ao baixo consumo de potássio, desencadeia a hipertensão arterial.

Para Alecrim e Copo de Leite a doença possibilitou a mudança no hábito alimentar.

Minha alimentação está bem saudável, mudou bastante (Alecrim).

Estou tendo uma alimentação saudável (Copo de Leite).

O período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal, a inadequação do estado nutricional materno tem forte impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez, pois, a nutrição é de fundamental importância para o desencadear da gestação. Portanto, o profissional de saúde deve orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período (BRASIL, 2012a).

Conforme orientações do Ministério da Saúde sobre uma dieta saudável são necessárias ao menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer, diminuindo assim o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além de contribuir para que a gestante não sinta muita fome e não exagere na próxima refeição, já que os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gravidez, quando o útero está maior e comprime o estômago (BRASIL, 2012a).

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar as gestantes para o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, aveia e linhaça são alguns exemplos de alimentos integrais (BRASIL, 2012a).

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e os lanches do dia. Sugira que, nas refeições principais, a gestante preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se ela for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação (BRASIL, 2012a).

A prevalência de hipertensão ocorre cerca de 50% maior nos indivíduos obesos. A obesidade e a hipertensão arterial estão interligadas. Assim, o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário,

Carvalho, A. C. et al.

a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos (MARINHO; PIAZZA; CAETANO, 2002).

As participantes do estudo também relacionam a hipertensão na gestação com o peso.

Minha pressão deu alta, acho que é por causa do peso, porque eu tô aumentando assim por mês, cada mês tô aumentando um (Margarida).

[...] vão me encaminhar porque é uma gestação de risco, me orientaram por causa do meu peso tô com 118 kg [...] (Açucena).

Os estudos de Marinho, Piazza e Caetano (2002) relata que os mecanismos fisiopatológicos que favorecem o desenvolvimento de hipertensão na obesidade são complexos e multifatoriais. Dentre estas alterações destacam-se alterações hemodinâmicas sistêmicas e renais, resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória, ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina e efeitos da leptina plasmática; caracterizam-se por aumento do volume intravascular e do débito cardíaco, com manutenção de valores normais de resistência vascular periférica, predispõe o paciente obeso ao maior risco de arritmia cardíaca e de insuficiência cardíaca congestiva.

É essencial que o nutricionista ou outro profissional de saúde acompanhe a evolução do peso da gestante, durante o pré-natal, e que incentive que a própria gestante também faça seu acompanhamento por meio do Cartão da Gestante. De uma forma geral, recomenda-se que: as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5kg e 18kg; as que iniciaram a gravidez com peso normal ganhem entre 11,5kg e 16kg; as que iniciaram a gravidez com sobrepeso ganhem entre 7kg e 11,5kg; e as que iniciaram a gravidez com obesidade ganhem entre 5kg e 9kg durante todo o período gestacional. A adequação do ganho de peso saudável durante a gravidez deve ser feita por um R. Interd. v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. 2014

profissional de saúde durante as consultas do pré-natal (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto é importante ressaltar que o excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, a defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos (BRASIL, 2012a).

Assistência Pré-natal a gestante com Hipertensão

Essa categoria emergiu do segundo questionamento feito as participantes, foram citados relatos sobre: orientações recebidas no pré-natal, número de consultas e exames realizados e imunização.

Conforme os relatos das gestantes quanto assistência pré-natal, mencionaram os cuidados com os hábitos alimentares, atividade física e encaminhamento ao nutricionista; no entanto, as falas quanto às orientações recebidas se restringem basicamente à alimentação, esquecendo os outros fatores que podem interferir na gestação, como os emocionais, os sentimentos de preocupação, medo, ansiedade e as queixas.

[...] pra fazer caminhada, a enfermeira me orientou e eu sei que não pode sal, gordura essas coisas, como pouco, agora só como arroz e feijão (Açucena).

[...] me orientaram a alimentação, não comer muita fritura, refrigerante, tudo que eu gosto não posso comer, me encaminharam pra nutricionista ela que vai me explicar direito (Acácia).

Me orientaram controlar com a alimentação, me encaminharam pra nutricionista, comer bastante fruta, verdura, não comer massa (Alecrim).

Essa realidade em relação às orientações estarem voltadas apenas para os cuidados com a alimentação, também foi percebida nos estudos de Azevedo et al. (2009) no qual relataram que

Carvalho, A. C. et al.

havia falta de diálogo entre as gestantes e os profissionais, estes acabaram supervalorizando a orientação quanto aos cuidados com alimentação, contribuindo para que a gestante também só enxergasse a doença desta maneira e não valorizasse outras situações que poderiam ter relação com o agravamento da mesma.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas de o ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam, além das modalidades esportivas conhecidas e das caminhadas, o tai chi chuan, o liangong, a ioga, entre outras (BRASIL, 2012a).

O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das práticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo. É importante lembrar à gestante que, além de uma alimentação saudável e da prática corporal/atividade física regular, ela deve evitar o fumo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro (BRASIL, 2012a).

Em relação ao número de consultas, os depoimentos evidenciam o compromisso das participantes do estudo em buscarem o serviço para acompanhamento do pré-natal, e ao solicitar o cartão das gestantes, observou-se que todas encontravam-se com as consultas em dia conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Estou vindo pra todas as consultas desde que descobri a gravidez, já fiz umas 5 consultas (Girassol).

Já tive 2 consultas, e vou em todas que marcarem (Orquídea).

Tô fazendo acompanhamento aqui e no postinho do meu bairro, até agora fiz 8 consultas no total (Azaleia).

Todo mês eu venho pras consultas, [...] Fiz 8 consultas (Rosa).

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até 28ª semana - mensalmente; da 28ª até a 36ª semana - quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana - semanalmente (BRASIL, 2012a).

As depoentes também comentam sobre os exames que realizaram no Pré-natal, vinculando o resultado destes ao Cartão da gestante.

Os exames que fiz desde que comecei o pré-natal, tá tudo anotado no cartão deu normal (Girassol).

Fiz todos os exames que a médica passou quando descobri que estava grávida o de sangue, urina, HIV, um monte mulher (Orquídea).

Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; sorologias para sífilis e/ou VDRL; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica, com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver

Carvalho, A. C. et al.

indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica) (BRASIL, 2012a). Vale ressaltar a importância da realização destes exames durante o acompanhamento Pré-Natal, para prevenção e tratamento de alterações e complicações que possam surgir período gestacional.

No que se refere à imunização as participantes informam terem tomado todas as vacinas indicadas durante o acompanhamento Pré-Natal, e ao conferir o cartão da gestante observou-se que as vacinas encontravam-se atualizadas.

Tomei as vacinas de hepatite e tétano, falta só a 3ª dose (Girassol).

Tomei a 1ª dose de hepatite e tétano, e vou tomar as outras que marcarem no cartão (Orquídea).

[...] já tomei todas as vacinas só tá faltando uma pro próximo mês quando tiver a criança (Rosa).

Segundo Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, deverá ser realizada ao menos seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. No que diz respeito à imunização da gestante, a única vacinação de rotina é contra o tétano, com no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto, geralmente combinada com a vacinação de difteria, outras vacinas poderão ser consideradas como a hepatite B, contra raiva e febre amarela, por isso é necessário que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes; para isto a gestante deve

apresentar o comprovante de imunização (BRASIL, 2006).

CONCLUSÃO

Os sentimentos vivenciados pelas participantes do estudo foram tristeza, medo e preocupação. O medo foi manifestado em relação à doença, ao parto Cesáreo e a hospitalização; a preocupação foi relatada pelas gestantes com relação à saúde do filho, gravidez atual, sintomas, complicações, e comparação da experiência das gestações anteriores normais com a gestação atual.

Quanto aos sentimentos vivenciados pelas participantes, entendemos que o processo de cuidar não deve ser pautado somente na identificação de sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos às quais abalam a sua totalidade. É necessário que o Enfermeiro, ao assistir à gestante, tenha uma visão holística, considerando-a como um todo: suas dores, pensamentos, angústias, medos, dentre outros fatores.

Constatamos que, embora várias gestantes tenham relatado sentir medo, este sentimento não tinha o mesmo significado para todas delas. Algumas tinham medo da doença, seus sintomas, complicações e hospitalização, outras influenciadas pelas experiências anteriores do parto, temiam o parto Cesáreo, Havia, ainda, aquelas que estavam preocupadas com a saúde do filho e as que relataram a dificuldade do uso da medicação contínua que é exigida durante o tratamento da gestação com hipertensão.

No que se refere ao conhecimento da gestante sobre a Hipertensão, percebemos que elas conhecem a patologia como sendo uma doença causada pela pressão alta na gravidez e

Carvalho, A. C. et al.

que alguém da família (mãe, avó, tia, irmã) já apresentou a doença. Entretanto o conhecimento da maioria está restrito aos cuidados com a alimentação, o que foi destacado em praticamente todos os depoimentos, como se este fosse o único risco que estivessem expostas.

Conforme os relatos quanto à assistência pré-natal, evidenciamos o compromisso das gestantes na busca do serviço para acompanhamento pré-natal, em relação ao número de consultas, e ao solicitar o cartão das gestantes, observamos que todas encontravam-se com as consultas e exames atualizados, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Quanto à imunização, as participantes informam terem tomado todas as vacinas indicadas durante o acompanhamento Pré-Natal. Sobre as orientações recebidas mencionaram os cuidados com os hábitos alimentares, atividade física e encaminhamento ao nutricionista; no entanto, as falas quanto às orientações recebidas se restringem basicamente à alimentação, esquecendo os outros fatores que podem interferir na gestação, como os emocionais.

Considera-se que esta pesquisa, seja de ampla relevância, por nos aproximar e nos fazer refletir sobre a temática estudada, na perspectiva de um olhar holístico voltada para os aspectos emocionais que envolvem a gestante, dessa forma o enfermeiro além de estar atento aos fatores de risco gestacional, precisa acolher a gestante em todos seus aspectos, inclusive respeitando seus direitos reprodutivos.

REFERÊNCIA

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007. Disponível em:

R. Interd. v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. 2014

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

AZEVEDO, D. V. et al. Percepções e Sentimentos de Gestantes e Puérperas sobre a Pré-Eclâmpsia. *Rev. salud pública*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 347-358, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>>. Acesso em 20 nov. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n° 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.318p. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 28 de Outubro de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. Rio de Janeiro (RJ): FEBRASCO, 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/88962406/Manual-Gestacao-Alto-Risco-2011>. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. 5. ed. - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.302 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria das Ações em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf Acesso em: 15 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

Carvalho, A. C. et al.

<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/070.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2013.

Submissão: 03/02/2014

Aprovação: 01/08/2014

COSTA, H. L. F. F.; COSTA, C. F. F.; COSTA, L. O. B. F. Idade materna como fator de risco para a hipertensão induzida pela gravidez: análise multivariada. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 02 de novembro de 2013.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

MARINHO, M. R.; PIAZZA, M. J.; CAETANO, P. J. Manual de Orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Revista da ABESO**, São Paulo, v. 3, n. 8, jun. 2002. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/213/hipertensao+e+obesidade.shtml>. Acesso em 20 de outubro de 2013.

PICCININI, C.A. et al. Expectativa e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 20, n. 3, set./dez. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>. Acesso em 18 de Novembro de 2013.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2 jun. 2011. Disponível em: <http://www.urca.br/semanaic/xvi/anais/pdf/enfermagem-mergedfile.pdf> Acesso em 18 de novembro de 2013.

SIRIO, M. A. O. Estudo dos determinantes clínicos e epidemiológicos das concentrações de sódio e potássio no colostro de nutrizas hipertensas e normotensas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php> . Acesso em: 02 de outubro de 2013.

VIERA, C. S.; ROSSI, L. A. Os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 110-116, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12356.pdf> Acesso em: 18 de novembro de 2013.