A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA TOXICEMIA GRAVÍDICA E O PAPEL DO ENFERMEIRO

Silvanira do Nascimento Silva[1]
Marceli Aparecida Pedroso Santos[2]
Natália Pereira dos Santos de Campos[3]
Cristiano de Souza[4]
Me Márcia Féldreman Nunes Gonzaga[5]
Me Renan Sallazar Ferreira Pereira[6]
Dra Ana Paula Gomes Soares[7]

RESUMO

A gestação deve ser vista como algo natural, que faz parte de uma experiência saudável na vida da mulher, mas existem algumas complicações que transformam a gestação que era normal para de alto risco. Entre esses problemas têm-se a toxemia gravídica que é a hipertensão arterial induzida pela gravidez. A importância clínica e o risco obstétrico e neonatal que representa para o binômio mãe-filho motivou a realização desse trabalho. Mostrar o papel do enfermeiro na conscientização as gestantes da importância da realização do pré-natal e descrever as ações da enfermagem a pacientes com toxemia gravídica a fim de prestar uma assistência humanizada e descrever as patologias específicas da gestação desenvolvidas pela hipertensão. Com as pesquisa conseguimos identificar como e feito o diagnóstico precoce para tal patologia e assim evitar sua evolução para formas mais graves, favorecendo o bem estar do binômio materno fetal. Quanto à assistência de enfermagem se faz claro a importância de suas intervenções, mostrando que o planejamento, a prevenção e a educação em saúde são essenciais em qualquer fase do ciclo da gestação e da patologia.

PALAVRAS CHAVE: Toxicemia gravídica, prevenção, pré-natal, cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy should be seen as something natural, which is part of a healthy experience in women's lives, but there are some complications that make the pregnancy was normal to high risk. Among these problems have to toxemia which is high blood pressure induced by pregnancy. The clinical importance and the obstetric and neonatal risk it poses to the mother and child motivated to carry out this work. Show the nurse's role in raising awareness pregnant women of the importance of conducting prenatal and describe the actions of nursing to patients with toxemia of pregnancy in order to provide humanized care and describe the specific pathologies of pregnancy developed by hypertension. With the research we can identify how and done early diagnosis for this pathology and thus prevent progression to more severe forms, favoring the welfare of maternal fetal binomial. As for nursing care it is made clear the importance of their activities, showing that planning, prevention and health education are essential at any stage of pregnancy and disease cycle.

KEYWORDS: Toxicemia gravidarum, prevention, prenatal care, nursing care.

1. Bacharel em Enfermagem. Centro Universitário-AGES. UniAGES
2. Acadêmico de Enfermagem - Centro Universitário Amparense - UNIFIA
3. Acadêmico de Enfermagem - Centro Universitário Amparense - UNIFIA
4. Acadêmico de Enfermagem - Centro Universitário Amparense - UNIFIA
5. Professora - Centro Universitário Amparense – UNIFIA
6. Professor Centro Universitário AGES- UniAGES
7. Professora Centro Universitário AGES- UniAGES

1. INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro na realização do pré-natal tem sido fundamental para a melhoria da assistência às gestantes, pois, favorece o aumento da cobertura pré-natal e tem contribuído significativamente para a humanização da assistência prestada. O Ministério da Saúde e a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem que é regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 afirmam que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela (o) enfermeira (o), cabendo-lhe à realização da consulta e prescrição da assistência de enfermagem.

A gravidez é um processo natural e dinâmico que envolve diversas mudanças fisiológicas, em mulheres normotensas, no entanto, muitos desafios podem surgir durante este período, um deles está

relacionado com a toxemia gravídica, é uma doença que atinge múltiplos sistemas da gestante, e pode levar a evolução das síndromes hipertensivas de acordo com as suas manifestações clinicas.

Ela se inicia com a hipertensão gestacional, que são identificadas pelos níveis pressóricos e em 25% dos casos associa-se à proteinúria, podendo então evoluir para pré-eclâmpsia, que se inicia como processo toxêmico, pelo aumento de peso (maior que 500g por semana), ocasionando edema generalizado, logo após, aumento da pressão e, por fim, proteinúria.

Para a mãe ou para o feto toda gestação traz em si um risco, mas em algumas delas o risco é aumentado sendo então incluído nas gestações de alto risco. O Ministério da Saúde conceitua gravidez de alto risco "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada".

A portaria do Ministério da Saúde n. 3.477, de 20 de agosto de 1998 dispõe que o atendimento à gestante de alto risco deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar, cujo objetivo da assistência pré-natal de alto risco incide em intervir para reduzir os riscos de um resultado desfavorável para mãe e/ou bebê/feto. Sendo assim, a equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar a gravidez, em uma visão integral, ou seja, considerando os aspectos clínicos, socioeconômicos e emocionais.

O atendimento obstétrico precisa ter como características essenciais à qualidade e a humanização e é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a gestante, oferecendo seus direitos e considerando a gestante como sujeito e não como objeto passivo da atenção.

O pré-natal ainda é a melhor maneira de prevenir problemas de saúde que podem afetar a mãe e o bebê, caso seja detectada qualquer anormalidade que possa interferir na saúde dos dois, a equipe multidisciplinar precisa tomar as providências necessárias para evitar complicações futuras. Frente à situação de poucos estudos e as altas taxas de morbimortalidade materna e fetal em consequência da doença hipertensiva especifica da gestação a toxemia gravídica vimos uma grande necessidade de estudar e expor a pesquisa em questão, para demonstrar a necessidade de mais aprofundamento sobre o assunto abordado e capacitação dos profissionais enfermeiros atuantes ou em formação.

2. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com CUNNINGHAM (2012), a classificação dos distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez do Working Group, descreve quatro tipos de doença hipertensiva: Hipertensão Gestacional- Originalmente denominada hipertensão induzida pela gravidez. Quando a pré-eclâmpsia não se desenvolve e a hipertensão se resolve em torno de 12 semanas pós-parto, é designada hipertensão

transitória; pré-eclâmpsia e eclampsia; pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica; hipertensão crônica.

De acordo com Ferraz (2013), a hipertensão é uma doença muito comum em grávidas, também chamada de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Essa patologia aparece em 10% da população brasileira e o índice de mortalidade chega a 35%. A hipertensão gestacional se diferencia da hipertensão crônica, aquela do dia-a-dia, por ter começo e fim. A pressão da mulher fica acima de 140/90 mmHg entre o período da 20ª semana de gestação e oito semanas após o parto.

A hipertensão crônica na gravidez é definida como estado hipertensivo (PA>140/90mmHg) preexistente á gestação ou ocorrido antes de 20 semanas, e ainda presente decorridas 6-12 semanas do pós-parto.

Assim, a definição de hipertensão na gravidez é: Pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (Definição de PA diastólica K5 = 5º ruído de Korotkoff = desaparecimento da bulha). O diagnóstico da hipertensão arterial em gestantes é definido como a pressão arterial sistólica >ou = a 140 mmHg e ou diastólica > ou = 90 mmHg. Utiliza-se a média de duas medidas no mesmo braço e a elevação deverão ser confirmadas 4 horas após.

Também é definida como a presença de convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia. Outras causas de convulsão incluem a hemorragia cerebral por ruptura de aneurismas e a epilepsia; convulsão não eclamptogênica. A hipertensão ou proteinúria podem estar ausentes em 10-15% das pacientes com pré-eclâmpsia grave e em 38% daquelas com eclâmpsia.

O modo como a gravidez incita ou agrava a hipertensão ainda não tem resposta apesar de décadas de intensa pesquisa. Na realidade, os distúrbios hipertensivos permanecem entre os problemas sem solução mais significativos e intrigantes em obstetrícia.

De acordo com Silva e Guimarães, et al., uma das primeiras observações da equipe multidisciplinar, que é responsável pelo atendimento pré-natal, deve ser identificar as mulheres que apresentam probabilidades estatísticas de desenvolver a hipertensão gestacional, e por sua vez pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Consultas de pré-natal devem ser individualizadas, não estabelecendo intervalos de tempo determinados. Desde cedo as gestantes de alto risco devem ser vistas pelo menos a cada duas semanas e mais frequentemente no final da gravidez.

Vieira et al. (2011), reforçam que o pré-natal de baixo risco deve ser realizado pelo enfermeiro objetiva monitorar e dar seguimento as gestantes de baixo risco, bem como, identificar precocemente as pacientes com potencial para evolução desfavorável, devendo as mesmas serem encaminhadas para o acompanhamento de alto risco que é realizado pelo médico ginecologista.

Cabe ainda ressaltar que, o enfermeiro dedica parte do tempo da consulta para ouvir a gestante e esclarecer suas dúvidas, minimizando assim, a insegurança e as ansiedades, dando apoio psicológico. Pois, grande parte das dúvidas é relacionada ao nascimento e medo do parto, inseguranças e incertezas em relação ao companheiro.

Entre as intervenções de Enfermagem, segundo CARPENITO (2010), estão os mais encontrados em gestantes com hipertensão:

- Informar todo e qualquer procedimento ao paciente e familiar;
- Assegurar ambiente de repouso e tranquilidade;
- Promover repouso contínuo em decúbito lateral esquerdo;
- Manter membros inferiores elevados;
- Identificar sintomas subjetivos;
- Identificar e eliminar os fatores de riscos potenciais;
- Limitar atividades físicas;
- Medir e registrar a pressão sanguínea;
- Auscultar e registrar BCF;
- Controlar o bem estar fetal;
- Avaliar o peso diário em jejum e controlar diurese rigorosamente;
- Orientar quanto dieta (hipossódicas e hiperproteica);
- Manter vigilância quanto às funções vitais (circulatório, respiratório, renal e SNC);
- Administrar drogas anti-hipertensivas e diuréticas, conforme prescrição médica;
- Administrar drogas sedativas conforme prescrição;
- Assegurar vias aéreas pérvias, oxigenação;
- Observar e identificar qualquer alteração no seu estado;
- Avaliar e estabilizar a condição materna.

A comunicação e informação em saúde entre profissionais e gestantes devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional. O indivíduo consciente da sua cidadania exerce influência sobre os demais, favorece o desenvolvimento da autonomia e encoraja a mulher que toma decisões baseadas nas suas reais necessidades, e consequentemente, ganha mais saúde e liberdade de escolha e participação no processo gestacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns fatores de risco também ficaram evidentes nos antecedentes familiares, com predomínio de hipertensão sobre o diabetes. Dentre os pessoais, predominam o etilismo seguido do tabagismo, a hipertensão arterial crônica e a anemia falciforme.

São gestantes com mau prognóstico para si e para o feto. O que mais frequentemente se observa é o agravamento progressivo da elevação da pressão. Em relação à prevalência de complicações na gestação, a eclampsia é mais prevalente na gestação, subsequentemente no puerpério e, por fim, durante o trabalho de parto.

Observou-se nos estudos analisados que no Brasil há uma relação direta entre a Razão de Mortalidade Materna (RMM) e a idade das mulheres. À medida que as faixas etárias se elevavam maiores às possibilidades de morte materna por complicações dentre elas a DHEG.

Foi observado nos estudos encontrados que as discussões sobre a temática "intervenções de enfermagem nas gestações de alto risco" ainda são insipientes, apresentando então a necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema, visando então à importância da assistência realizada pelo enfermeiro, onde este inclui intervenções diretas ou indiretas, de forma que venha alcançar os resultados delineados ao paciente a partir de uma avaliação clínica.

Entre os artigos analisados ficou evidente o trabalho educativo que o enfermeiro e sua equipe realizam com as gestantes, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas. Ouvir com atenção tudo que as gestantes têm a falar. Assim, o enfermeiro (a) será capaz de captar os anseios e questionamentos e direcionar as ações educativas, ao prestar tais cuidados, oferecer-lhe apoio, estabelecer uma ralação de confiança com a mesma e ajudá-la conduzir a experiência da maternidade.

A comunicação e informação em saúde entre profissionais e gestantes devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional.

Foram constatadas nos artigos que as gestantes só procuram os postos de saúde para as consultas de pré-natal a partir do primeiro trimestre, por este motivo algumas gestantes já chegam com hipertensão. O Ministério da Saúde preconiza, em suas diretrizes gerais, que a atenção obstétrica deve ter características primordiais como a qualidade e a humanização. Entre as atividades que os municípios devem desenvolver nas redes de serviço estão os mecanismos estabelecidos de captação precoce da gestante na comunidade, pois o início da atenção pré-natal mostra-se essencial e configura a estrutura e o fortalecimento das ações em atenção básica.

Portanto, as consultas realizadas durante o pré-natal, recomendadas pelo Ministério da saúde (2010), são importantes tanto na sua quantidade, e mais essencialmente na qualidade dessas consultas. Assim, medidas preventivas podem ser tomadas pela gestante, com orientações médicas e acompanhamento por profissionais da saúde, como, a mudança no estilo de vida, parar de fumar, perder peso, diminuição do consumo de sódio, diminuição do estresse, da carga de trabalho, evitar o uso de álcool.

4. CONCLUSÃO

Os artigos analisados em relação à toxemia gravídica fundamentam-se em alguns aspectos relevantes como a dificuldade de detecção de sua etiologia; a identificação precoce; a profilaxia das formas graves da doença; a comprovação de que se trata de doença crônica e que acomete a placenta e o feto semanas antes do aparecimento da sintomatologia clínica.

No intuito de diagnosticar e minimizar as complicações decorrentes da toxemia gravídica e reduzir os elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal verificadas, e de suma importância refletir sobre as ações em saúde e avaliar a qualidade da assistência prestada através dos indicadores de saúde.

Os resultados encontrados apontam que a educação em saúde durante o pré-natal possibilita à gestante maior segurança e minimização de futuras complicações relacionadas à gestação. Nota-se que a implementação de uma base educativa em saúde, voltada para assistência em enfermagem a gestantes, torna todo o atendimento bem mais humanizado. As mulheres anseiam receber informações durante a assistência pré-natal, e ao mesmo tempo tornam-se multiplicadoras do conhecimento com seus iguais, pois ao trocarem vivências e informações geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades, adquirindo domínio sobre seu corpo e poder de decisão sobre sua gravidez.

Espera-se que as análises, discussões e reflexões apresentadas neste estudo, e encontram embasadas cientificamente, contribuam para que sejam reconhecidas e sanadas as fragilidades encontradas na assistência prestada as gestantes de alto risco. Visto que a escassez de estudos direcionados a este tema, espera-se garantir contribuição como base de dados teórica para fins didáticos em análises posteriores.

5. REFERÊNCIAS

1-ABNT. Associação de Normas Técnicas. NBR 10520: Informação e documentação – Citação, Rio de janeiro, ABNT, 2002.

2-BORGES, Jolçueider Dayane de M. ; INDA, Luís Fernando. Compreensão de gestantes acerca da pré-eclampsia/eclampsia e a adesão ao tratamento. Uruguaiana, 2010. p. 8; 12. Disponívelem:<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/aotratamento.pdf>. Acesso em: 28 de maio 2016.

3-. Decreto n.º 94.406, de 08 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. Disponível em: < http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173> Acesso em: 27 de Maio de 2016.

4- 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. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf >. Acesso em: 28 maio. 2016.

5-Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

6-CARRENO I, BONILHA ALdeL, COSTA J.S.D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Rev. Bras. Epidemiol. 2012; 15(2): 396-406.

7- CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery Rev Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 145 -153. 2009 Diretrizes de; Disponível em: <http://www.scielo.br>, acesso em 29 de maio 2016.

8-CUNNINGHAM, FG et al. Williams obstetrics. 23 ed., New York: McGraw-Hill, 2012.

9- GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

10- GEOVANINI, Telma. MOREIRA, Almerinda, SCHOELLER, MACHADO, Wiliam C.A. História da Enfermagem - versões e interpretações. Rio de Janeiro-RJ: REIVINTER, 3ed. 2010.

11- LOPES, C. A doença hipertensiva específica da gravidez, 2010. Disponível em: www.recantodasletras.com.br/trabalhosacadêmicos/2052496. Acesso em 29 de maio de 2016.

12- MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011 Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500003&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 29 de maio de 2016.

13- MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa e FILHO, Jorge de Rezende. Obstetrícia, 12ed .Rio de janeiro:Guanabara Koogan, 2012.

14- RODRIGUES, K.S.F.; ZAGONEL, I.P.S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, p.534-542, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452010000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 de maio de 2016.

15-SANTOS, E.M.F., AMORIM, L.P., COSTA, O.L.N., OLIVEIRA, N., GUIMARÃES, A.C. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(3):102-6

16- SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. 2011. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 29 de maio 2016.

17- TEIXEIRA, Ivonete Rosânia; AMARAL, Renata Mônica Silva; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. 2010. Disponível em:<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/download/166/96>. Acesso em: 28 de maio de 2016.

18-VIEIRA, Sônia Maria et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011. Disponivel em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 10 out. 2012.