



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde



GESTANTES HIPERTENSAS: UM ESTUDO SOBRE AS PACIENTES DA UTI  
MATERNA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA

Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz

Goiânia-Goiás

Junho de 2006



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde



GESTANTES HIPERTENSAS: UM ESTUDO SOBRE AS PACIENTES DA UTI  
MATERNA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA

Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eline Jonas

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia-Goiás

Junho de 2006

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central da UCG

F381g Ferraz, Cristiane Leal de Moraes e Silva.  
Gestantes hipertensas: um estudo sobre as pacientes da UTI  
materna do hospital Materno Infantil de Goiânia [manuscrito] /  
Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz. – 2006.  
60 f.

Datilografado.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,  
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. 2006.

“Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas”.

1. Gestantes – hipertensão – fatores de risco. 2. Gestação -  
pré-natal. 3. Doença hipertensiva da gestação. I. Título.

CDU: 618.3(043)

616.12-008.331.1

Ao meu filho Pedro que me ensinou o significado do amor incondicional.

Ao meu esposo Alan Carlyle, amor e companheiro de todas as horas.

Ao meu pai, João Lourenço, exemplo de vida.

Às minhas irmãs, Rosane e Giselle, amigas inseparáveis.

Ao meu sobrinho, José Victor, tão querido e amado.

À minha “mãe” de coração, D. Conceição e aos meus queridos cunhados Venússia e Permínio.

## AGRADECIMENTOS

Às mulheres atendidas pela UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia, sem as quais seria impossível a concretização deste trabalho.

À Profª. Eline Jonas, por ter compartilhado tão generosamente todo seu conhecimento e experiência de vida.

Às amigas Patricia Leite, Ruth Losada e Leonara Cotrim, que contribuíram com idéias importantes para o processo de elaboração deste trabalho, além de darem o carinho e apoio tão necessários neste momento.

À equipe da UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia, pela contribuição inegável no desenvolvimento deste estudo.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO .....	01
2. OBJETIVOS .....	10
2.1. Objetivo geral .....	10
2.2. Objetivos específicos .....	10
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	16
4.1. Perfil sócio-demográfico .....	16
4.2. Gestação atual e anteriores .....	21
4.3. Período de internação .....	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
6. REFERÊNCIAS .....	36

## APÊNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	43
Apêndice B - Consentimento de participação da pessoa como sujeito .....	46
Apêndice C - Formulário para coleta dos dados quantitativos .....	48
Apêndice D - Roteiro semi-estruturado de entrevista .....	57
Apêndice E - Parecer do comitê de ética .....	59

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 – Ilustração representativa dos fatores de risco na gravidez .....	02
Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo idade, raça, condição civil e escolaridade .....	17
Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos dados referentes à renda familiar, domicílio e rendimento financeiro próprio das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006) .....	19
Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/ 2006), segundo a ocupação .....	20
Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/ 2006), segundo número de gestações, natimortos e abortos .....	22
Tabela 5 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/ 2006), segundo interrupção da gestação.....	23
Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/ 2006), segundo causa da internação, procedência e tempo de internação .....	31



**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo idade e realização do pré-natal .....	25
Gráfico 2 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo raça e realização do pré-natal .....	26
Gráfico 3 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo condição civil e realização do pré-natal .....	27
Gráfico 4 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo escolaridade e realização do pré-natal .....	28
Gráfico 5 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo número de gestações e realização do pré-natal .....	29

## RESUMO

No Brasil, mais de 90% dos óbitos maternos são em decorrência de causas obstétricas diretas, sendo a doença hipertensiva da gestação a principal causa. O presente estudo traz dados sobre o perfil das pacientes com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação atendidas na UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI-GO); identifica as variáveis de saúde materna que permeiam a gestação de alto risco e avalia a percepção das gestantes quanto aos serviços prestados pela equipe multiprofissional do serviço. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e qualitativo, de corte transversal, do qual participaram 65 pacientes com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação e, destas, 10 foram selecionadas intencionalmente para a entrevista semi-estruturada. Como resultados, houve um maior percentual de mulheres primigestas (55,4%), com faixa etária entre 20 e 34 anos (64,7%), pardas (66,2%), com condição civil instável (70,8%), baixa escolaridade e baixa renda familiar. O percentual de mulheres que realizaram o pré-natal foi baixo (55,4%) e verificou-se neste serviço existirem problemas em reconhecer quadros de urgência/emergência e nas condutas a serem tomadas nessas circunstâncias. Dentre as mulheres que menos realizaram o pré-natal, estavam as com idade igual ou inferior a 19 anos, as negras, as solteiras, aquelas com poucos anos de estudos e as multíparas com mais de duas gestações. Concluímos que, a doença hipertensiva da gestação ocorre associada a diversos fatores de risco, a saber: mulheres em idade reprodutiva, pardas, apresentando condição civil instável, baixa escolaridade e baixa renda familiar. As mulheres negras somadas às pardas responderam por 90,8% do total de entrevistadas e foram as que apresentaram um menor percentual de realização correta do pré-natal. Tais informações exigem políticas públicas de saúde que contemplem mais efetivamente estas mulheres em suas necessidades.

**Palavras chaves:** hipertensão na gestação; fatores de risco; pré-natal.

## ABSTRACT

In Brazil, more than 90% of maternal death is caused by direct obstetric, and the hypertensive disorder of pregnancy is the principal reason. The present study talks about the patients' profile with the diagnosis of the hypertensive disorder of pregnancy attended in the maternal UTI from Goiania's Materno Infantil Hospital (HMI-GO); the maternal health variables that exist in the high risk pregnancy are identified and the pregnant women's perception about the multiprofessional team working is evaluated. It is a descriptive, quantitative and qualitative study, by transverse court, which 65 patients with the diagnosis of the hypertensive disorder of pregnancy participated and 10 of them were intentionally selected for a semi structured interview. As results, there was a higher percentage of primipregnant women (55,4%), between 20 and 34 years old (64,7%), drab color (66,2%), with unstable civic condition (70,8%), low scholarship and low familiar income. There was also a low percentage of women that had made prenatal (55,4%) and there were problems in recognizing urgency cases and the behaviors in these circumstances. The women that less had made prenatal with equal or inferior age the 19, black color, single, with a few years of study and multiparas with more than two pregnancies. As a conclusion, the hypertensive disorder of pregnancy happens when there is an association of risk factors, namely: women in reproductive age, drab color, with unstable civic condition, low scholarship and low familiar income are more predisposed to have the pathology. The black color women added to the drab color ones responded by 90,8% of the total women interviewed and presented a less percentage of the right prenatal realization. This information demands politics of public health that contemplate the black women effectively.

**Key words:** pregnancy hypertension; risk factors; prenatal.

## APRESENTAÇÃO

Muitas são as complicações durante a gestação que podem comprometer a vida da gestante e de seu bebê. Dentre estas, destaca-se a doença hipertensiva da gestação, responsável por grande parte das mortes maternas ocasionadas pelas causas obstétricas diretas. Por isto, torna-se fundamental conhecer o perfil sócio-demográfico das mulheres acometidas por esta patologia e os fatores de risco para a hipertensão que permeiam a gestação.

Neste contexto, um outro aspecto relevante é a realização do pré-natal, visto que, a detecção precoce da hipertensão pode ser feita através da mensuração da pressão arterial de forma rápida e com baixo custo em todas as consultas do pré-natal. Pontuar a qualidade do pré-natal ao qual nossas gestantes estão sendo submetidas é primordial, bem como avaliar a conduta dos profissionais destes serviços frente a esta urgência/emergência materna.

O presente estudo, em busca de respostas para todas estas questões, foi realizado junto às pacientes com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação internadas na UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia-Go. Este serviço foi escolhido por se tratar de um hospital-referência na área de saúde materno-infantil e comportar a única UTI do Estado voltada para o atendimento de gestantes de risco, o que possibilitou uma visão ampliada da população investigada.

A maior parte dos artigos encontrados na literatura estuda a gestação de risco, abordando neste contexto, todas as patologias que podem agravar a situação da saúde da gestante. Poucos são os estudos que trabalham apenas com a hipertensão na gestação como complicação da gravidez. Isto torna o presente estudo inovador e contribui de forma significativa para pesquisas futuras, bem como, para o planejamento de ações contra as doenças hipertensivas da gestação.

## 1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, graças a esse desenvolvimento, tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte (1, 2, 3, 4, 5).

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer sendo tal probabilidade maior para uns que para outros (1, 6). Segundo o Ministério da Saúde (MS), pode-se conceituar 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” (1).

O interesse pela gestação de alto risco data da década de sessenta e, para a generalização dos conhecimentos, o primeiro passo foi a identificação em determinada população, daquelas que tivessem fatores de risco. Assim, surgiram inúmeras tabelas e escores na literatura mundial, diferentes entre si, por relatarem realidades de países, ou mesmo regiões diferentes (1, 5).

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente, pelas diferenças sócio-econômico-culturais, os fatores de risco para a gravidez de alto risco diferem para cada região. Os fatores de risco mais comuns na população são apresentados no Quadro 1, a saber: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e, intercorrências clínicas (1, 4).

<p><b>1. Características Individuais e Condições Sócio-Demográficas Desfavoráveis.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade menor que 17 e maior que 35 anos</li> <li>• Condições ambientais desfavoráveis</li> <li>• Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.</li> <li>• Altura menor que 1,45 m</li> <li>• Situação conjugal insegura</li> <li>• Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg</li> <li>• Baixa escolaridade</li> <li>• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas</li> </ul>
<p><b>2. História Reprodutiva Anterior.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morte perinatal explicada e inexplicada</li> <li>• Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos</li> <li>• Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado</li> <li>• Nuliparidade e Multiparidade</li> <li>• Abortamento habitual</li> <li>• Síndrome hemorrágica</li> <li>• Síndrome hipertensiva</li> <li>• Esterilidade/infertilidade</li> <li>• Cirurgia uterina anterior</li> </ul>
<p><b>3. Doença Obstétrica na Gravidez Atual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico</li> <li>• Amniorrexe prematura</li> <li>• Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada</li> <li>• Hemorragias da gestação</li> <li>• Ganho ponderal inadequado</li> <li>• Aloimunização</li> <li>• Pré-eclâmpsia e eclâmpsia e Diabetes gestacional</li> <li>• Óbito fetal</li> </ul>
<p><b>4. Intercorrências Clínicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial</li> <li>• Hemopatias</li> <li>• Cardiopatias</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Pneumopatias</li> <li>• Doenças infecciosas</li> <li>• Nefropatias</li> <li>• Doenças autoimunes</li> <li>• Endocrinopatias e Ginecopatias</li> </ul>

Fonte: Quadro elaborado para efeitos do presente estudo seguindo as referências da literatura sobre os fatores de risco na gravidez – 2006

### **Quadro 1 – Fatores de Risco na Gravidez**

Em nosso país, as causas de óbito materno são devidas, em mais de 90%, a causas obstétricas diretas e, em menos de 10%, a causas obstétricas indiretas (advindas de doença prévia e que teve seu curso agravado pelos efeitos fisiológicos da gravidez). Dentre as obstétricas diretas destacam-se as doenças hipertensivas específicas da gravidez, as hemorragias, as infecções puerperais e os abortos (1, 5). A hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos, seguida pelas demais causas diretas (7, 8, 9, 10). Ramos et al. reafirmam este dado em uma pesquisa envolvendo 50 casos de morte materna por causas obstétricas diretas, sendo a causa básica prevalente de óbito a hipertensão arterial (9). Em um estudo realizado por Cecatti, Faúndes e Surita, a classificação das causas de morte materna evidenciou um predomínio significativo (81%) das causas obstétricas diretas. A causa básica mais freqüente identificada neste grupo foi a hipertensão (31%) (11).

Por se tratar de uma doença oligo (com discreta sintomatologia) ou assintomática, a detecção da doença hipertensiva da gestação pode ser feita através da aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal, uma técnica muito simples e de baixo custo. O diagnóstico com a realização desse procedimento e condutas corretas permitiria salvar muitas mulheres (12, 13). É por essa razão que, em países desenvolvidos, as baixas taxas de mortalidade materna contabilizam predominantemente causas indiretas, demonstrando a eficácia em se prevenir essas mortes (5, 13, 14). É por este fator também que a hipertensão na gravidez é um dos indicadores da má qualidade do atendimento pré-natal no país, sendo a causa mais freqüente de morte materna. Sua importância torna-se ainda maior quando se analisam os efeitos sobre o concepto, desde o nascimento com baixo peso até o comprometimento neurológico e o aumento no óbito perinatal (3, 14, 15, 16, 17).

Para o consenso do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez, é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados (18). Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação permanece desconhecida. Acredita-se haver combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais para o desencadeamento da doença (18, 19).

Diante de diferentes classificações da hipertensão arterial na gravidez existente na literatura, o NHBPEP definiu tais manifestações em: hipertensão arterial crônica; pré-

eclâmpsia; eclâmpsia; hipertensão arterial crônica sobreposta por pré-eclâmpsia; e, hipertensão gestacional (18). A doença hipertensiva específica da gestação caracteriza-se, clinicamente, por aumento dos níveis da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria. A evolução natural da doença, quando não tratada ou não se interrompe a gestação, é o desenvolvimento para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP (1, 18, 19, 20).

Eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestantes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doença neurológica (1, 18, 19, 20). Segundo Peraçoli e Parpinelli (2005), em metade dos casos, a eclâmpsia acontece em gestações pré-termo e em 25% no puerpério tardio (mais de 48 horas) (20).

De acordo com o MS e a Associação Médica Brasileira, a eclâmpsia é comumente precedida pelos sinais e sintomas de eclâmpsia iminente, isto é, distúrbio do sistema nervoso central (cefaléia frontal/occipital, torpor, obnubilação e alterações do comportamento), visuais (escotomas, fosfenas, visão embaçada) e gástricos (náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou epigástrico). Constitui, dentre as formas hipertensivas, a principal causa de morte materna, com incidência de até 14% do total de casos (1, 21). Peraçoli e Parpinelli afirmam que, em média, a incidência de eclâmpsia a cada 1000 partos é de 1,3 nos países em geral, com valor de 0,6 nos países desenvolvidos e 4,5 nos países em desenvolvimento (20).

A associação entre hemólise, plaquetopenia e disfunção hepática com eclâmpsia foi reunida sob o acrônimo de HELLP, que na língua inglesa significa: H (hemólise), EL (aumento de enzimas hepáticas) e LP (plaquetopenia), sendo denominada de síndrome HELLP (1, 19, 20). É causa freqüente de mortalidade materna, sendo mais comum em pacientes brancas múltiparas (1). A incidência, segundo a literatura, varia entre 2 e 12% do total de mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia (18).

Para o MS, a crise hipertensiva pode caracterizar-se em urgência (ausência de sintomatologia clínica) ou emergência hipertensiva (presença de sintomatologia clínica) (22). A segunda é extremamente danosa para a mulher, uma vez que leva a comprometimento de funções vitais como: insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia hipertensiva e hemorragia intracraniana (20, 22).

A crise hipertensiva pode manter-se como urgência, em que a ausência de comprometimento de órgãos-alvo permite o controle pressórico em até 24 horas ou iniciar-se e/ou evoluir para emergência, quando o controle pressórico deve ser rápido, em até uma hora. A impossibilidade de previsão na evolução do quadro impõe como medida mínima a



observação da gestante por 12 horas em ambiente tranqüilo sob terapia anti-hipertensiva aguda e controle de dados vitais e vitalidade fetal. Por isso, preconiza-se a internação (19, 22).

Dentre os fatores de risco, um aspecto pouco explorado no seguimento da gestação de alto risco é o componente emocional. Assim como organicamente, a gravidez representa um desafio para as condições maternas do ponto de vista emocional surgindo, desta forma, como desafio adaptativo. Fatores psíquicos relacionados ao ambiente e à gravidez, manifestam-se, principalmente, através da ansiedade. Tal mecanismo emocional basal estende-se por toda a gravidez, de forma crescente, até o termo (23, 24).

A ansiedade tem várias causas identificáveis para cada trimestre, mas que se intercambiam psicodinamicamente. Listam-se, entre elas, ambivalência, negação, regressão, introspecção, medo. Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais”. Neste contexto, a reação da família e do companheiro é semelhante à da grávida e pode se manifestar através de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade e culpa (23, 24).

Mesmo diante de tal complexidade, a assistência à gestante foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS em 1983. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde (SUS) deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (25, 26, 27).

A implantação do SUS, porém, não garantiu acesso aos serviços de saúde e nem que estes fossem de boa qualidade. Isto porque a acessibilidade ao serviço de saúde está ligada à questão geográfica e sócio-econômica, devendo ser prioridade política do Poder de Estado. Por um lado, muitas vezes o serviço está localizado em determinada área por opção política e não por necessidade da comunidade. Por outro é a questão econômica que determina o tipo de instituição que a população pode recorrer (27).

Seguindo a mesma vertente, a implantação do PAISM, que tinha como princípios a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, foi bastante diferenciada em todo o país. Tal fato reflete os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (25, 26).

Mesmo depois de décadas da implantação do PAISM, a assistência à saúde da mulher no Brasil permanece com muitas questões a serem enfrentadas (26, 28). Dentre estas questões, a análise dos diferentes aspectos da assistência materno-infantil no Brasil mostra que, o nível e o tipo de atendimento recebido pelas mulheres no período de gestação e no momento do parto, estão condicionados à disponibilidade de recursos de saúde existentes em cada região e ao nível sócio-econômico de suas usuárias (29).

É importante lembrar que a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Por esse motivo, não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto social, histórico e antropológico (15, 25, 26, 31).

No caso das mulheres, estes problemas relacionam-se a outros fatores variáveis, como raça, etnia, hereditariedade, predisposição do gênero e situação de pobreza (25, 26). Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, uma vez que, a carência marcada daquilo que se chama de “necessidades básicas”, determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua vida, saúde e seu bem-estar (15, 26).

Diante deste panorama que reflete a situação da saúde da mulher brasileira, o MS, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, busca consolidar as ações de saúde da mulher entre os anos de 2004 e 2007 através dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica e no planejamento familiar, dentre outras. Para tanto, tem como meta reduzir em 15% a razão de mortalidade materna nas capitais brasileiras, bem como garantir o atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgências/emergências (26).

Segundo Serruya, Cecatti e Lago, melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos (27). Neste contexto, a mortalidade materna é um importante indicador da realidade social de um país e seu povo, uma vez que, os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto e, cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas, são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde (3, 5, 31, 32, 33).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID), define morte materna como “a morte de uma mulher durante a gestação ou

dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (5).

A taxa ou coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para se conhecer o nível da morte materna. É calculado pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério e o número de nascidos vivos (3, 9, 34, 35, 36).

A comparação entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento mostra um diferencial significativo na taxa de mortalidade materna. Os países desenvolvidos têm taxas de mortalidade materna em torno de 21/1000.000 nascidos vivos enquanto os países em desenvolvimento apresentam taxas de 440 a 1.000/100.000 nascidos vivos. Na região das Américas, as enormes diferenças entre os países faz com que a taxa de mortalidade materna oscile entre 4 e 523/100.000 nascidos vivos, dados encontrados no Canadá e Haiti respectivamente (17). No Brasil, em 2002, o MS estimou a taxa de mortalidade materna em 75,3 por 100 mil nascidos vivos (37).

É consenso na literatura que a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito dificulta o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna (3, 38, 39). As regiões Norte e Nordeste do Brasil são responsáveis pelos maiores índices de sub-registro nos Sistemas de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde- SIM/MS (39). Segundo Laurenti et al., estima-se, por meio de métodos demográficos, que a cobertura do SIM/MS seja cerca de 85%. Essa subinformação concentra-se, quase que exclusivamente, nas regiões Norte e Nordeste do país. Nos estados do Sul e Sudeste, a abrangência é boa, aproximando-se de 100%, particularmente nas suas capitais (7).

A aquisição de mais e melhores informações sobre a ocorrência e circunstâncias das mortes maternas tornou-se fundamental, visto que auxilia na correção das distorções quanto ao tamanho e qualificação do problema e, por conseqüência, para o equacionamento de medidas para a prevenção e redução da mortalidade materna (40). Foi neste contexto que surgiram os Comitês de Morte Materna (CMM). Tais comitês, mesmo não representando uma intervenção direta na mortalidade materna, contribuem para a identificação de prioridades e adaptação das intervenções às condições locais (9).

Segundo o MS, os CMM “são instâncias interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher” (3).

De acordo com o Manual de Comitês de Mortalidade Materna e, em consenso com a literatura, acredita-se que, para a redução da mortalidade materna no Brasil, são medidas necessárias: planejamento familiar; assistência pré-natal; assistência ao parto; consulta puerperal; e, assistência às urgências e emergências maternas com atendimento pronto e eficaz (1, 3, 6, 11, 26).

Para Tanaka, a magnitude do problema da morte materna no Brasil é reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e, principalmente, da desintegração dos serviços de atenção à saúde da gestante (41). A discussão de propostas de assistência pré-natal permanece atual e ainda é um campo fértil para estudos operacionais que incluam análises quantitativas e qualitativas (26). A aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (16).

Ciente da importância da atenção pré-natal na redução das taxas de mortalidade materna, o MS lançou no ano 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo assim, critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderissem a este programa (6, 7, 16, 42).

Dentre os objetivos traçados pelo PHPN encontram-se a ampliação do acesso ao pré-natal e a qualificação desta assistência. Para tanto, a assistência pré-natal baseia-se em três linhas de atuação: no rastreamento das gestantes de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, bem como na educação em saúde. A identificação da grávida de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando um acompanhamento especializado (6, 29, 36).

Em um estudo realizado por Bezerra et al., cujo objetivo foi o de analisar a mortalidade materna por hipertensão, em 61,4% dos prontuários analisados as pacientes não haviam realizado pré-natal. E, apenas 6,1% das pesquisadas, compareceram no mínimo seis consultas. Tais dados tornam irrefutável a correlação entre o atendimento pré-natal, sua qualidade e a ocorrência de complicações, principalmente a morte (32). Quanto melhor a assistência pré-natal prestada, quantitativa e qualitativamente, menores os índices de complicações obstétricas (16, 32, 41).

Segundo Nascimento, em um estudo comparativo realizado com gestantes atendidas no serviço público e privado, as gestantes atendidas no serviço público apresentaram um menor número de consultas no pré-natal (43). Estes dados são reforçados pela literatura e

demonstram que as gestantes que dependem do serviço público são as mais propensas a apresentarem urgências e emergências maternas, uma vez que, a assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento daquelas que necessitam de atendimento terciário (7, 9, 13, 16, 32).

Viggiano et al. acreditam que, a chegada das pacientes graves, por vezes tardias, aos centros terciários de referência para atender as complicações intercorrentes na gestação, parto e puerpério seria a grande responsável pelo elevado número de óbitos nas urgências e emergências maternas (13). Para o MS, o pronto reconhecimento desses casos associado à existência de retaguarda de serviços com maior complexidade para o adequado acompanhamento, são decisivos para a manutenção da vida dessas mulheres (1, 2).

Diante do exposto, surgem duas questões, a saber: primeiro, a razão pela qual a gestante é acometida pelas doenças hipertensivas da gestação e; segundo, em que momento houve problema na assistência tendo como consequência o agravamento do quadro clínico da gestante.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Traçar o perfil das pacientes atendidas na UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação, bem como, identificar os aspectos relacionados ao pré-natal.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil da população atendida na UTI materna com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação quanto aos aspectos sócio-demográficos;
- Verificar a incidência dos fatores de risco para o surgimento da doença hipertensiva da gestação na população estudada;
- Analisar aspectos relacionados ao pré-natal, desde número de consultas até a qualidade dos serviços prestados;
- Avaliar a percepção das gestantes quanto aos serviços prestados pela equipe multiprofissional da UTI Materna.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório do tipo quantitativo e qualitativo, descritivo e de corte transversal, realizado junto às pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO. O HMI-GO é um hospital público que atende pacientes da região e de outros estados, sendo referência em saúde materno-infantil. Até o ano de 2001, o HMI-GO contava com três unidades de terapia intensiva externas e a transferência das pacientes dependia da disponibilidade de vagas. No período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001, houve 86 situações em que as pacientes necessitaram de acompanhamento intensivo, sendo que no ano de 1999 ocorreram 32 transferências, o que representou 37,2% de todas elas. Em 2000, foram 23 (26,7%) e no ano seguinte, 31 (36,1%) casos. As causas obstétricas responderam por 82,6% das indicações para a transferência, sendo os distúrbios hipertensivos induzidos pela gestação responsáveis por 57,7% destas transferências para internação em unidade de terapia intensiva (13).

Em decorrência destes fatos, em março de 2002, o governo do Estado de Goiás inaugurou a UTI Materna no HMI-GO. Esta UTI conta com dez leitos e é composta por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar treinada para atender as urgências e emergências maternas. É voltada para o atendimento de gestantes de alto-risco que necessitam de acompanhamento intensivo, atendendo às urgências e emergências tanto de Goiás como de outros estados. Desde sua inauguração, a taxa de ocupação desta unidade até dezembro de 2005 foi de 1293 pacientes. Destas, 663 pacientes internaram com o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (51,27% da taxa total de ocupação) e o número de óbitos neste grupo foram de 83 pacientes (6,41% da taxa total de ocupação).

As gestantes atendidas na UTI Materna são triadas tanto nos ambulatórios e enfermarias do HMI-GO como também em outros serviços de saúde da cidade, do estado e de outras regiões. As pacientes recebem alta do setor ao apresentarem quadro clínico e hemodinâmico estável e permanecem nas enfermarias do HMI-GO ou são reencaminhadas para a unidade de saúde de origem onde aguardam receber alta.

Para o presente estudo, a seleção das participantes foi feita através da análise dos prontuários utilizando-se como critérios de inclusão ser gestante ou puérpera, com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação e estar de alta da unidade. Foram excluídas da pesquisa as pacientes com outros diagnósticos.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Goiás (CAAE – 0103.0.168.836-05). Após os esclarecimentos quanto ao propósito do estudo,

as gestantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido às participantes anonimato e liberdade de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. Todas as gestantes, que inicialmente consentiram, permaneceram no estudo até o fim, não havendo, portanto, desistências.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2005 a março de 2006 pela pesquisadora. Os dados foram coletados na própria UTI, a fim de não excluir do estudo as pacientes de outras cidades e estados. Participaram da pesquisa todas as pacientes internadas no período da coleta de dados e que preenchiam os critérios de inclusão, perfazendo um total de 65 participantes. Deste total, foram entrevistadas 10 pacientes que apresentavam algumas das características próprias dos fatores de risco para a hipertensão na gravidez presentes no Quadro 1.

Para coleta de dados foram utilizadas duas abordagens metodológicas – a quantitativa e a qualitativa. A decisão de adotar estas duas abordagens deve-se ao fato de que elas são complementares, isto é, a importância dos dados próprios da pesquisa quantitativa são mais bem pontuados através do caráter explicativo das entrevistas qualitativas sobre uma determinada realidade. Neste caso, observa-se que, em geral, nas informações quantitativas sobre a realidade cotidiana não se expressa o sentir e as expectativas do sujeito em sua dimensão mais ampla e intensa enquanto manifestação humana e espontânea dos sujeitos. Em geral, não manifestam o conteúdo expressando as diferentes situações sociais e de vida das pessoas no nível da racionalidade e sua intersecção com o emocional e subjetivo no qual, em geral, encontramos a essência das relações, sentimentos e expectativas (44, 45, 46, 47).

Assim, para esta investigação no campo da interdisciplinaridade, em que não apenas os dados relacionados à doença são importantes, mas as questões sociais, emocionais, econômicas e culturais que envolvem a vida dos sujeitos, visto que, as mesmas interferem de forma significativa no processo saúde-doença, fica claro que os dados advindos da pesquisa quantitativa são importantes, mas necessitam de complementação possível através da pesquisa qualitativa (44, 46).

Para alcançar os objetivos da pesquisa interdisciplinar, o enfoque qualitativo constitui um eficiente instrumento na detecção de fatores extrínsecos ao processo da doença que podem ser modificados contribuindo para a saúde da população. Portanto, o conhecimento a ser produzido a partir desta estratégia considera a história e a fala daquela que passa pela experiência de uma gestação de alto risco e a incerteza de conseguir sobreviver e dar a vida a seu rebento (44, 46).



Segundo Jonas, a pesquisa deste tipo constitui um método de exploração da realidade que nos permite contemplar ou entender o mundo real, bem como, permite criar espaços para a manifestação da fala e transformá-la em texto escrito, tornando-a permanente e visível confrontando o que se apresenta como externo e mostrando a consciência que o sujeito tem como ator de seu cotidiano. Em síntese, a experiência individual tem significado social ou coletivo que refletem os valores e atitudes que se manifestam como comportamento socialmente adotado. Neste sentido, o cotidiano representa o tempo de vida em sua conotação existencial diferenciando-o do tempo histórico e do tempo institucional (48).

Para o levantamento dos dados quantitativos foi aplicado um formulário contendo questões fechadas que abrangeram três grandes categorias, a saber: perfil sócio-econômico; gestação atual e anteriores; e, informações quanto à internação.

No que se refere ao perfil sócio-econômico, foram consideradas as seguintes variáveis: identificação pessoal, idade, raça, estado civil, nível de escolaridade, informações sobre o grupo familiar, ocupação e renda pessoal e familiar. Quanto à gestação atual e anteriores foram consideradas: número de gestações, número de natimortos, ocorrência de abortos no decorrer da vida reprodutiva, idade gestacional atual e período de interrupção quando for o caso, realização de pré-natal, antecedentes familiares, uso de tabaco, álcool ou produtos químicos durante a gestação. Por fim, para obter as informações quanto à internação foi importante destacar: data e alta da UTI, a causa, tempo de internação e situação da alta. Além disso, a procedência das pacientes foi investigada para identificar o número de pacientes de Goiânia, do interior e de outros estados.

Para a pesquisa qualitativa, optou-se pela coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e transcritas. Estas foram realizadas junto às pacientes selecionadas intencionalmente, entre aquelas que responderam ao formulário com dados quantitativos e que apresentaram algumas das características próprias dos fatores de risco para a hipertensão na gravidez presentes no Quadro 1. Buscando preservar o sigilo dos dados pessoais, as pacientes foram identificadas com as iniciais do nome, primeiro sobrenome, auto-identificação referente à raça<sup>1</sup> e idade, como segue: M.A.P.22; N.R.P.24; M.R.P.24; A.M.P.16; A.C.P.24; C.M.N.17; C.V.B.21; A.S.P.15; L.M.P.28; N.R.B.27.

---

<sup>1</sup> Quanto a auto-identificação da paciente no quesito raça, as alternativas foram assim identificadas: (B) – branca; (N) – negra; (P) – parda.

Na seleção intencional ou amostragem teórica, a escolha de sujeitos é realizada em função da probabilidade de se obter um material que possibilite a emergência de categorias relevantes para o desenvolvimento do estudo pretendido e, desta forma, permita responder as questões da pesquisa. O princípio da seleção intencional ou amostragem teórica baseia-se na *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss nos anos sessenta (49, 50, 51). Segundo Strauss, a *Grounded Theory* têm como objetivo gerar uma teoria ou modelo conceitual que explique um fenômeno social ou psicológico através da análise de dados obtidos sistematicamente a partir de situações concretas (51).

Cabe ressaltar que a *Grounded Theory* entende a produção científica como processo de interação entre pesquisador e seu “objeto de estudo”. E sendo um tipo de pesquisa que se propõe a desenvolver uma teoria que emerge dos dados numa perspectiva do método indutivo, ao invés de testar uma hipótese previamente estabelecida, a teoria fundamentada têm se firmado como opção metodológica para produzir conhecimento científico acerca do significado ou a percepção de algum objeto ou contexto para os indivíduos que interagem com ele (50). Portanto, enfatiza a construção de uma teoria sobre o fenômeno estudado; construção esta fundamentada nos dados que vão sendo colhidos (51).

As entrevistas possibilitaram identificar categorias que foram utilizadas para a análise reflexiva e organizadas em quatro grupos: saúde da mulher e sexualidade, gestação atual, situação da família e do ambiente em que vive e tempo de permanência na UTI. As informações relativas à saúde da mulher e sexualidade foram: orientação sexual e uso de método contraceptivo, frequência com que vai ao ginecologista e entendimento quanto às informações passadas. A gestação atual foi analisada através dos seguintes critérios: planejamento da gravidez, sentimentos relacionados à gravidez, apoio do companheiro e de familiares, aborto no decorrer da vida reprodutiva, realização do pré-natal e qualidade dos serviços prestados, eficiência médica em detectar urgência/emergência materna e sentimentos relacionados à gravidez de risco. No que tange a situação da família e do ambiente em que vive foram analisadas a renda própria e familiar, domicílio e condições de moradia. Finalizando a coleta de dados, foram levantadas questões quanto ao tempo de permanência na UTI Materna, a saber: qualidade dos serviços prestados pela equipe da UTI, relação com a equipe, sentimentos quanto à internação, sugestões para melhorar os serviços prestados.

Para obtenção dos resultados, os dados quantitativos foram organizados e analisados através da estatística descritiva e a tabulação dos dados foi efetuada com apoio do sistema

Sphinx Versão 4.5. As informações das entrevistas foram transcritas e, em seguida, identificadas as categorias para leitura reflexiva. Posteriormente, todos os dados obtidos foram cruzados para a interpretação final.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os fatores de risco para o acometimento da hipertensão durante a gravidez são diversos (Quadro 1) e, no presente estudo, foram tratados em três grandes aspectos que reúnem as categorias identificadas no discurso das pacientes e as variáveis selecionadas para a investigação. São elas: perfil sócio-demográfico, gestação atual e anteriores e período de internação.

### 4.1. Perfil sócio-demográfico

A idade materna constitui um fator de risco para o surgimento da hipertensão na gestação que permanece aguardando definição. Segundo o MS, e de conformidade com alguns autores, idade menor que 17 anos e maior que 35 constituem fatores de risco durante o período gestacional (1, 32, 52). Contudo, há controvérsias na literatura se a gravidez nos extremos do período procriativo eleva os riscos das síndromes hipertensivas (53, 54).

No presente estudo, verificou-se que a maioria das pacientes encontrava-se na faixa etária entre 20 e 34 anos (64,7%), seguida daquelas com idade igual ou inferior a 19 anos (29,2%) e, por fim, aquelas com 35 anos ou mais (6,1%) (Tabela 1). Os dados encontrados mostram que houve um predomínio de casos na faixa etária em que há maior probabilidade de engravidar e não nos extremos da vida reprodutiva.

Um outro fator de risco que exerce importante papel na ocorrência da hipertensão na gravidez é a raça. Em nosso estudo, a maior parte das mulheres se auto-identificaram como pardas (66,2%); as negras corresponderam a 24,6% do total pesquisado e apenas 9,2% das pacientes eram brancas (Tabela 1). Sibai et al., em um estudo realizado entre 399 gestantes com diagnóstico de eclâmpsia, verificaram que 81% das pacientes eram negras e 19% eram brancas (55). Abdabe et al., definiu sua população em branca e negra, sendo que, houve predomínio da hipertensão durante a gestação na raça branca (79,4%); contudo, estes autores não especificaram em seu trabalho, realizado no Brasil, em qual categoria foi inserida a raça parda (54).

Em nosso país, existe grande miscigenação de raças, o que dificulta a classificação e, por esse motivo, no presente estudo, a raça parda foi mantida como um grupo específico. Neste sentido, um outro fator que deveria ser considerado nas pesquisas realizadas é a região, uma vez que, no Brasil, a população branca é maioria nas Regiões Sudeste (62,4%) e Sul (84,2%), já a população parda é maior nas Regiões Norte (63,5%) e Nordeste (59,8%). Em nosso caso, na Região Centro-Oeste há um equilíbrio entre as proporções de brancos e o conjunto de negros e pardos (56), o que evidencia a elevada incidência da hipertensão durante a gestação em mulheres pardas e negras. Segundo Oliveira, a prevalência da hipertensão arterial na raça negra tem sido até duas vezes maior que no restante da população, porém, os fatores responsáveis por este predomínio ainda são desconhecidos (57).

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo idade, raça, condição civil e escolaridade.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
≤ 19 anos	19	29,2
20 a 34 anos	42	64,7
≥ 35 anos	04	6,1
Total	65	100,0
<b>Raça</b>		
Branca	06	9,2
Parda	43	66,2
Negra	16	24,6
Total	65	100,0
<b>Condição Civil</b>		
solteira	23	35,4
mora com companheiro	23	35,4
separada ou viúva	06	9,2
Casada	13	20,0
Total	65	100,0
<b>Escolaridade</b>		
analfabeta	02	3,1
1º grau incompleto	43	66,2
1º grau completo	03	4,6
2º grau incompleto	03	4,6
2º grau completo	11	16,9
ensino superior incompleto	03	4,6
Total	65	100,0

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/2005 a março/2006)

A condição civil solteira e mora com o companheiro apresentaram o mesmo percentual de respostas (35,4%) e, juntas, corresponderam a 70,8% do total de entrevistadas (Tabela 1), reafirmando as informações do MS que considera a situação conjugal insegura uma condição desfavorável para a gestante (2). Dentre as teorias que procuram explicar os mecanismos que desencadeiam a hipertensão na gestação, encontra-se a teoria imunológica, na qual a gestação com parceiros diferentes promove a exposição materna a novos antígenos fetais oriundos de outros parceiros predispondo, desta forma, ao acometimento da doença hipertensiva. (58, 59).

O MS conceitua a baixa escolaridade como condição desfavorável para a gestação, pois, acredita-se que estas mulheres utilizam mal os serviços pré-natais, não só por questões financeiras, mas também pela falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal (2, 36, 43, 60).

Em nosso estudo, as pacientes com 1º grau incompleto responderam por 66,2% dos casos e, na maioria das vezes, estas mulheres tinham poucos anos de estudo (Tabela 1). Verificamos que, a escolaridade também repercutiu no uso de métodos contraceptivos, bem como na importância de idas regulares ao ginecologista e no entendimento das informações recebidas por este profissional. Isto pode ser em decorrência dos termos técnicos usuais para os médicos, mas estranhos para a população de baixa escolaridade

*“... Eu nunca fui no ginecologista”. (C.M.N.17) - 1º grau incompleto.*

*“Eu não vou ao ginecologista com frequência, só quando tem algum problema. Eu não entendo muito bem o que ele fala não... mas também não falo que não tô entendendo.”. (N.R.B.27) – 1º grau incompleto.*

*“Ninguém nunca falou comigo sobre como não engravidar. Eu sei que nos casais tem remédio de graça pra não engravidar, mas eu nunca pensei em tomar esses remédios assim não. Eu tenho medo... assim... de dá algum problema. Porque tem muitas mulheres que toma e adoce... dá problema, assim, de ficar enjoada como se tivesse grávida.” (A.S.P.15) – 1º grau incompleto.*

*“... sei dos métodos para evitar gravidez... Eu não uso porque me faz mal, me dá dor de cabeça o anticoncepcional. Eles me falou que eu podia usar o D.I.U., mas o pessoal falou que dá câncer e eu fiquei com medo. Na verdade eu não usava nada para não engravidar. Eu tomei uma vez mas me deu dor de cabeça, daí eu nunca mais tomei.” (N.R.P.24) – 1º grau incompleto.*

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. É inegável que a carência de necessidades básicas determina ou, até mesmo, agrava condições biológicas e psicológicas colocando em risco a vida, a saúde e o bem-estar destas mulheres (2, 15, 26). Neste estudo, 41,5% das entrevistadas tinha como renda familiar até um salário mínimo. Se somarmos a este grupo as que recebiam dois salários mínimos esse percentual chega a 69,2% (Tabela 2). Estas informações refletiram nas condições de moradia de algumas pacientes. Apesar da maioria delas (47,7%) ter domicílio próprio (Tabela 2), ficou claro através das entrevistas que muitas não tinham acesso aos serviços públicos de saneamento básico, energia elétrica e/ou asfalto

*“Na casa da minha mãe não tem água nem esgoto. Tem água mas não é ligada no... é água de cisterna. Tem asfalto e energia elétrica. Ficar sem água e esgoto... é ruim demais.”*  
(N.R.B.27).

*“Minha família conta com R\$450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por mês pra viver... Lá onde eu moro não tem asfalto nem esgoto. É complicado... como se diz... tudo tem que desentupir trem... faz vento pula poeira pra dentro... é duro!”*  
(A.C.P.24).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos dados referentes à renda familiar, domicílio e rendimento financeiro próprio das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006).

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Renda Familiar</b>		
até um salário mínimo	27	41,5
dois salários mínimos	18	27,7
Mais de dois salários mínimos	20	30,8
Total	65	100,0
<b>Domicílio</b>		
próprio	31	47,7
alugado	24	36,9
cedido pelo empregador ou familiares	10	15,4
Total	65	100,0
<b>Rendimento Financeiro Próprio</b>		
não tem rendimento próprio	38	58,5
salário	18	27,7
Pensão ou aposentadoria	2	3,0
outros	7	10,8
Total	65	100,0

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

Outro aspecto importante é o que diz respeito às atividades exercidas por estas mulheres. Verificamos que, 43% das pacientes entrevistadas exerciam atividade no lar; 20% trabalhavam como doméstica ou ocupação similar; 18% tinham ocupação relacionada com o comércio, 7,7% eram estudantes e 11,3% das entrevistadas formaram um grupo com outras atividades (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo a ocupação.

<b>ATIVIDADES EXERCIDAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dona de casa	27	41,5
Doméstica	6	9,2
Estudante	5	7,7
Vendedora/Comerciante	5	7,7
Costureira	4	6,2
Serviços gerais	2	3,1
Artesã	1	1,5
Auxiliar de cozinha	1	1,5
Balconista	1	1,5
Cabeleireira	1	1,5
Diarista	1	1,5
Diarista e revendedora de produtos de revista.	1	1,5
Dona de casa, faz crochê para fora.	1	1,5
Estudante/ Doméstica	1	1,5
Estudante/Atendente	1	1,5
Lavradora	1	1,5
Mascate	1	1,5
Operadora de caixa	1	1,5
Passadeira	1	1,5
Profissional liberal/empresária	1	1,5
Sem atividade	1	1,5
Teleoperadora da VIVO	1	1,5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

A prevalência de mulheres que exercem atividade no lar também foi encontrada em outros estudos, como o de Marcopito e Berlin, no qual a atividade no lar apresentou um risco relativo ajustado de 4,63 para desenvolver doença hipertensiva específica da gestação ( $p=0,004$ ) (61, 62). E, de acordo com o MS, ocupações que exigem esforço físico e geram estresse são consideradas como desfavoráveis para as gestantes (2). Sob esta ótica, a atividade



doméstica em casa além de estressante, não é reconhecida e nem valorizada pela sociedade e familiares, o que pode gerar cansaço físico e emocional.

O fato da maioria destas mulheres exercerem atividades na própria casa somada aos casos em que as entrevistadas estavam desempregadas, refletiu nos dados encontrados acerca dos rendimentos financeiros (Tabela 2). Desta forma, 58,5% das entrevistadas não possuíam rendimento próprio, dependendo financeiramente do companheiro ou de familiares. As pacientes que recebiam salário corresponderam a 27,7% e as dependentes de pensão ou aposentadoria foram 3% do total de entrevistadas. Houve uma parcela desta população (10,8%) que contavam com rendimentos provenientes de atividade autônoma remunerada ou auxílio financeiro através de programas do governo, tendo sido classificadas no grupo *outros*.

#### 4.2. Gestação atual e anteriores

Dentre as entrevistadas, a maior parte afirmou não haver planejado a gestação e, por este motivo, a gravidez foi associada a sentimentos como preocupação, sofrimento, perda, vergonha, tristeza, medo e rejeição. O apoio do companheiro e de familiares foi importante para a aceitação e realização correta do pré-natal. Em algumas situações, o fato da gestante não poder contar com o apoio do companheiro e de familiares levou-a à tentativa de aborto

*“Não foi uma gravidez planejada. Meu namorado na época falou que ia assumir, aí... depois ele falou que não ia assumir. Tinha mais ou menos um ano, acho, que a gente namorava. Aí ele falou que não ia assumir e sumiu mesmo. Não sei nem o endereço de onde ele tá. Minha mãe ficou brava quando descobriu que eu tava grávida, depois ela entendeu. Eu... vichi... eu não queria não, mas... aí... Eu tive medo. Sei lá, tava com medo da minha família não me aceitar, né... do meu namorado não me aceitar.” (C.M.N.17).*

*“Ta tudo bagunçado ainda na minha cabeça em relação a essa gravidez. Eu tava planejando construir... juntando um dinheirinho... Isso ta me dando medo... angústia... Tenho medo de não conseguir criar o nenê... tenho medo de morrer e deixar ele... por causa da pressão alta, do hipertireoidismo...[chorando].” (L.M.P.28).*

*“Eu comecei o pré-natal com cinco meses e fui em três consultas. É que...eu tentei tirar, né, tentei tirar duas vezes. Daí eu não queria, por causa que eu tinha vergonha também da minha família. Minha família, todo mundo ficava falando, eu ficava escondendo. Daí eu comecei a fazer com cinco meses o pré-natal. Eu tentei tirar usando remédio forte, citotec.” (M.A.P.22).*

Um outro aspecto analisado foi o número de gestações, havendo um predomínio de primigestas, isto é, mulheres em sua primeira gestação (55,4%) na população estudada (Tabela 4). É consenso que, a primigesta tem de seis a oito vezes mais suscetibilidade de desenvolver hipertensão na gravidez (18, 32, 53, 54, 55, 63). Acredita-se que, a hipertensão na gravidez teria origem em uma resposta imune materna anormal sendo, portanto, um estado de desequilíbrio entre a quantidade de anticorpos bloqueadores maternos e o de antígenos fetais. Na primigesta, 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. Desta forma, a primeira gravidez seria um fator predisponente para hipertensão e, nas múltiparas, estaria relacionada a outros fatores predisponentes como a hipertensão crônica (19, 59).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo número de gestações, natimortos e abortos.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de Gestações</b>		
uma	36	55,4
duas	07	10,8
mais de duas	22	33,8
Total	65	100,0
<b>Natimortos</b>		
nenhum	56	86,2
um	08	12,3
mais de um	01	1,5
Total	65	100,0
<b>Sofreu Aborto</b>		
sim	11	16,9
não	54	83,1
Total	65	100,0
<b>Se sim, quantos</b>		
um	9	81,8
dois	1	9,1
mais de dois	1	9,1
Total	11	100,0

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

No que diz respeito à interrupção da gestação atual, 64,6% das pacientes haviam interrompido a gestação quando da realização da entrevista. A idade gestacional mais

freqüente para a interrupção da gravidez neste grupo foi de 30 a 35 semanas de gestação (56%), seguida da interrupção acima de 35 semanas (42,5%). A interrupção da gravidez antes de 29 semanas de gestação ocorreu em apenas um caso (1,5%). As pacientes restantes (35,4%) aguardavam definição do quadro clínico para avaliação da real necessidade de interrupção da gestação (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo interrupção da gestação.

VARIÁVEL	N	%
<b>Interrupção da Gestação</b>		
<b>Atual</b>		
sim	42	64,6
não	23	35,4
Total	65	100
<b>Se sim, quando</b>		
≤ 29 semanas IG	01	1,5
30 a 35 semanas IG	23	56,0
> 35 semanas IG	18	42,5
Total	42	100

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

As informações acerca da interrupção da gestação atual indicam a incidência tardia desta complicação, portanto em época de comprovada viabilidade fetal. Este dado é confirmado através da taxa de óbito fetal que foi de 13,8% (Tabela 4) e, acredita-se estarem associadas à maior gravidade da doença hipertensiva da gestação (32, 61, 64).

Em relação à ocorrência de aborto em algum momento da vida reprodutiva, 83,1% das entrevistadas relataram não ter sofrido aborto e 16,9% afirmaram ter sofrido aborto em algum momento da vida reprodutiva. Das pacientes que sofreram aborto, a maioria relata a ocorrência de um aborto (81,8%) e apenas 18,2% afirmam ter tido dois ou mais abortos. Acredita-se que um aborto prévio confere à gestante um leve efeito protetor contra a pré-eclâmpsia nas gestações subseqüentes, contudo, Saftlas et al. realizaram um estudo de *coorte* com 11.959 nulíparas no período de 1992 a 1995 e concluíram que, o efeito protetor de um aborto prévio só acontece em mulheres que engravidam novamente do mesmo parceiro. Isto porque há um mecanismo imunológico desencadeado pela exposição aos antígenos fetais quando do aborto prévio que aumentaria a proteção contra a pré-eclâmpsia em uma gravidez subseqüente do mesmo companheiro (58).

Um aspecto importante analisado foi o pré-natal, uma vez que, a assistência pré-natal desempenha papel importante na prevenção da morbimortalidade materna. A detecção de gestantes com fatores de risco para desenvolver doença hipertensiva durante a gestação pode ser efetuada na primeira consulta pré-natal por intermédio de uma minuciosa história materna associada ao exame físico (61, 64).

Das pacientes entrevistadas 55,4% afirmaram ter realizado corretamente o pré-natal; 35,4% realizaram o pré-natal, porém com um número de consultas inferior a 06 e uma pequena parcela das pacientes (9,2%) não realizou pré-natal. O percentual de mulheres que realizaram corretamente o pré-natal é baixo se considerarmos tratar-se de uma gestação de risco. As gestantes com hipertensão arterial na gravidez devem ter assistência pré-natal mais freqüente e rigorosa com o objetivo de prevenir complicações (18).

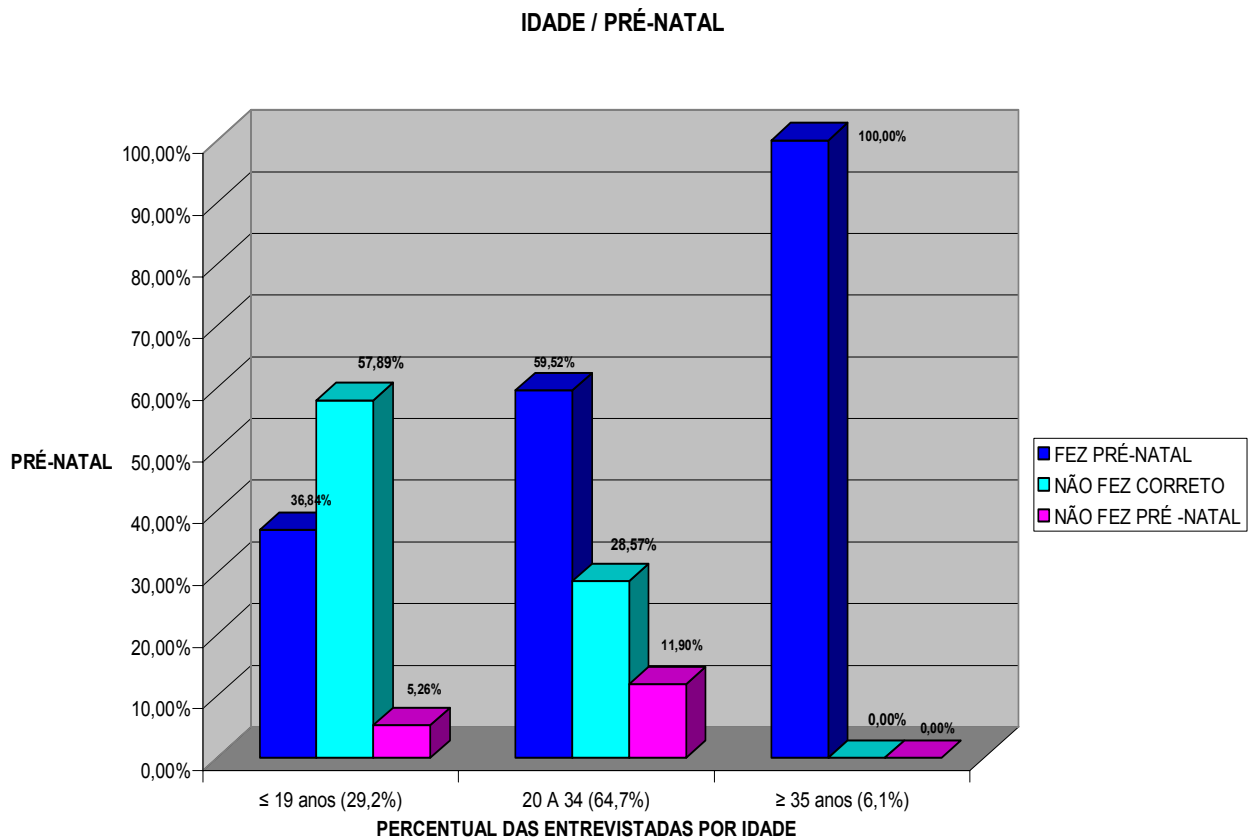
Atualmente, discute-se muito a importância não apenas do número de consultas e exames complementares que a gestante realiza, mas também, a qualidade dos serviços prestados (12, 33, 65, 66, 67). Em muitos casos, observou-se negligência e mau atendimento por parte da equipe de saúde, assim como, o relacionamento com o médico foi considerado difícil. Estes fatores aliados, não só podem causar a desmotivação por parte das gestantes em realizar o pré-natal, como também, dificultar a detecção de complicações na gravidez. Esta constatação é agravada ao verificarmos a dificuldade da equipe médica em detectar a hipertensão na gestação e tomar medidas efetivas para seu controle, o que nos leva a questionar se esses profissionais estão preparados para lidar com a hipertensão na gestação

*“Nessa gravidez, minha primeira consulta de pré-natal foi com três meses, e todos os meses eu fui ao médico, certinho... O médico não me deu muita atenção não...porque eu passava muito mal e ele ficou esperando até trinta e cinco semanas... e eu passava muito mal, não dormia a noite, perdi o líquido todinho da barriga. Eles esperou eu ficar bem ruim pra me mandar pra cá. Cada vez que eu ia nas consultas era um médico diferente, eles media minha pressão todas as vezes. Eles falou que minha pressão tava alta e que eu tava com hipertensão rebelde. Foi quando eles começaram a me dá medicação.” (N.R.P.24).*

*“Eu fiz o pré-natal nesta gravidez. No meu cartão tem muitas consultas mas... lá tá marcado, mas que eu mesmo vi o médico foi umas três, quatro vezes, só. Porque as vezes que eu ia ele não tava. Muitas vezes eu ia ele não tava. Muitas vezes tava de férias, da outra vez tava não sei pra onde. Eles marcava... aí a gente chegava lá e esperava, esperava, aí eles só davam o recado: “Ó, o médico não vai vim”. Aí passava a gente pra outro e o outro também nem ia também. Meu pré-natal foi ruim. Foi sempre o mesmo médico e minha relação com ele foi ruim. Ele mal... nem olhava no rosto da gente, não examinava... ele não media minha pressão...” (N.R.B.27).*

Quando avaliado o pré-natal associado à idade (Gráfico 1), verificou-se que todas as pacientes com 35 anos ou mais realizaram corretamente o pré-natal, seguida daquelas na faixa etária entre 20 e 34 anos (59,52%) e, por fim, as pacientes com 19 anos ou menos (36,84%). Uma justificativa para o agravamento do quadro hipertensivo gestacional nas mulheres com 35 anos ou mais, mesmo sendo este grupo de total adesão à realização correta do pré-natal, é a associação de outras condições de risco como hipertensão crônica, diabetes, dentre outras. Um dado alarmante é a pequena percentagem de mulheres com 19 anos ou menos que realizaram corretamente o pré-natal, reforçando a importância da orientação sexual e do planejamento familiar entre as adolescentes.

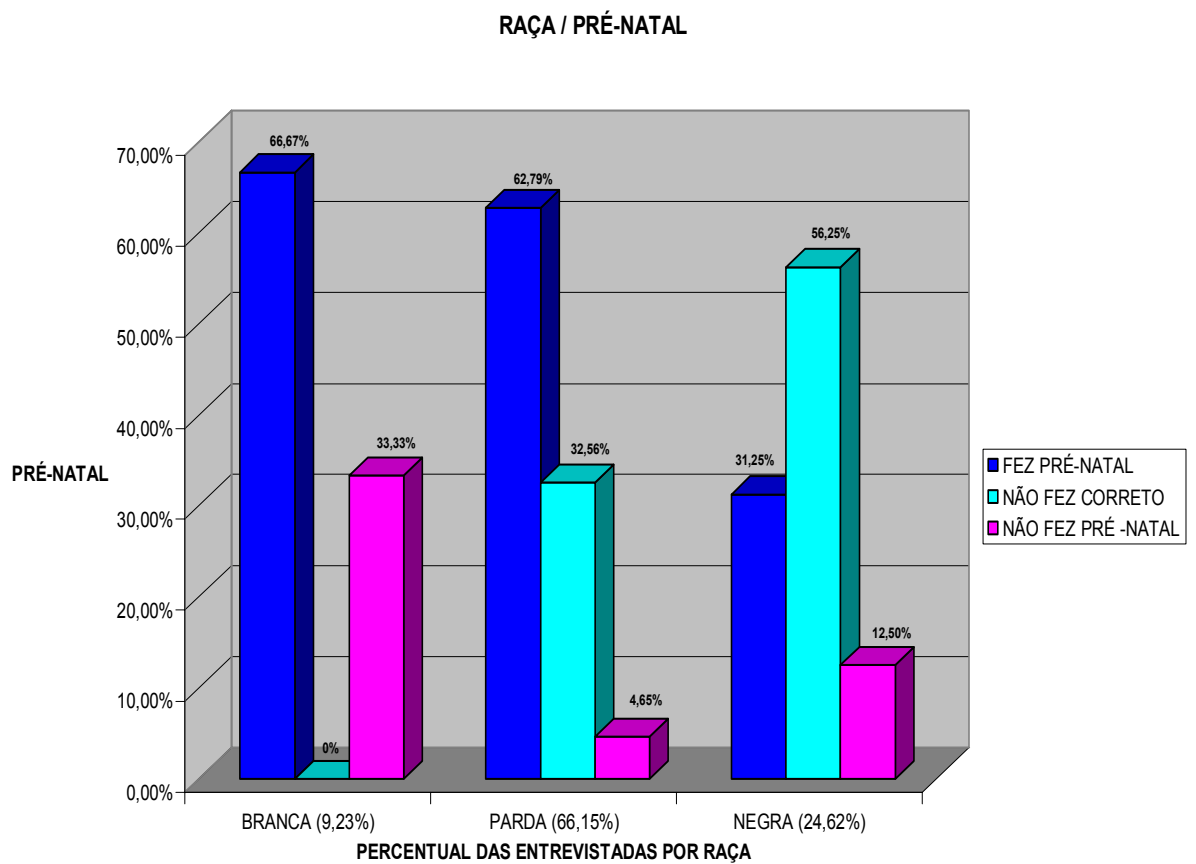
Gráfico 1 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo idade e realização do pré-natal.



Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

Considerando a raça ou cor, 67,4% das brancas entrevistadas realizaram corretamente o pré-natal, seguida das pardas (62,7%) e, como minoria, as negras com apenas 31,3% das pacientes tendo realizado corretamente o pré-natal, conforme Gráfico 2. Se levarmos em consideração a prevalência da hipertensão arterial na raça negra, torna-se inadmissível que justamente este grupo seja o que menos realizou corretamente o pré-natal.

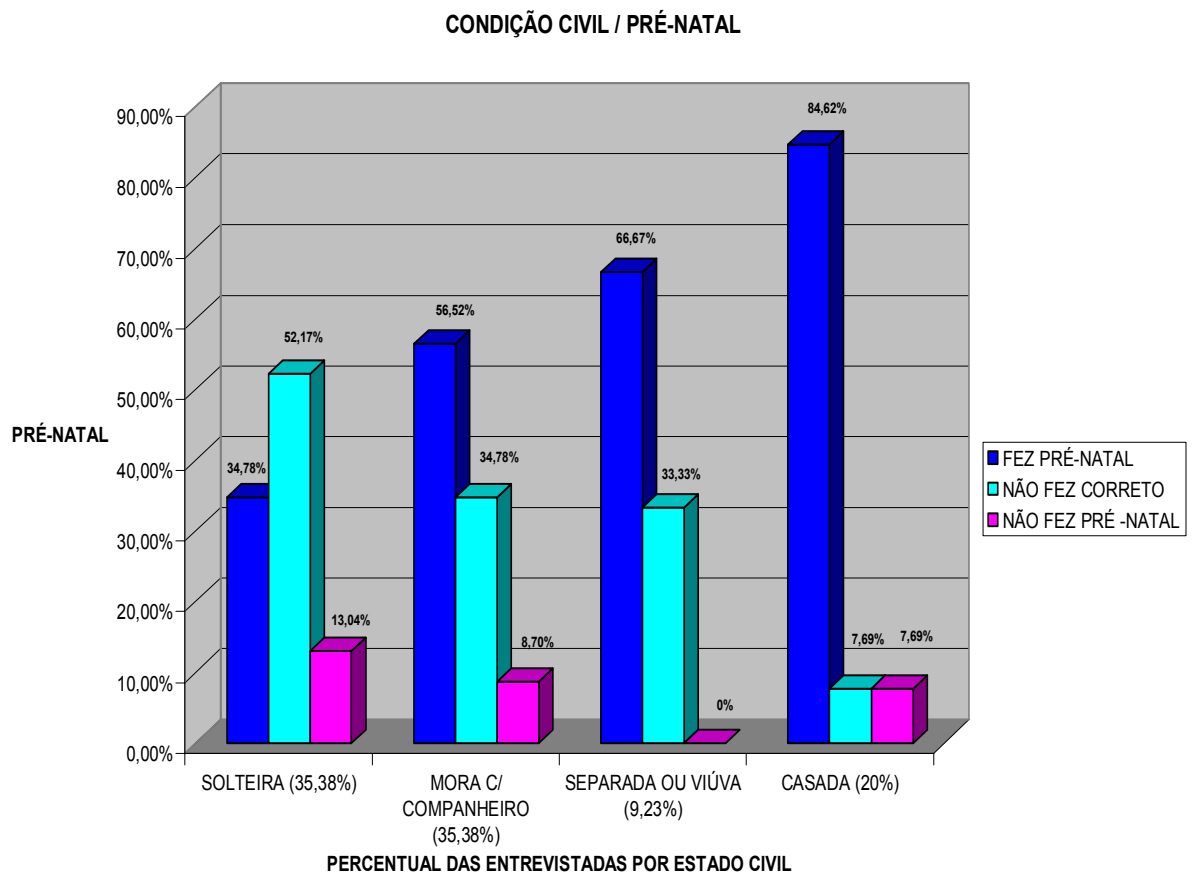
Gráfico 2 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo raça e realização do pré-natal.



Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

Analisado a condição civil e a realização correta do pré-natal (Gráfico 3), verificou-se que as casadas responderam pelo percentual mais elevado (84,5%) e as solteiras apresentaram um baixo percentual (34,7%). É possível que, o baixo percentual de realização correta do pré-natal entre as solteiras seja em decorrência da dinâmica emocional que envolve a gestante, seu companheiro e seus familiares, dificultando a aceitação da gestação e seu acompanhamento correto.

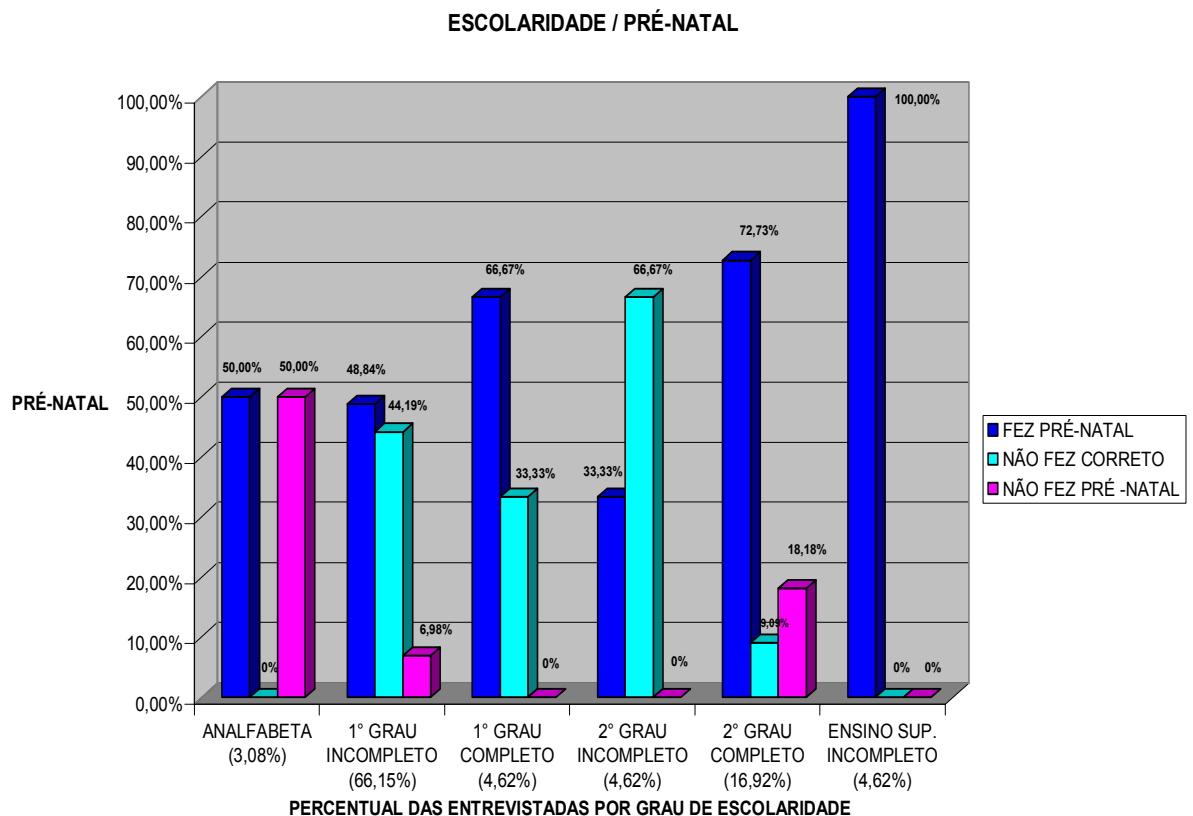
Gráfico 3 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo condição civil e realização do pré-natal.



Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

No que tange à escolaridade, foi possível observar que nas pacientes com maior tempo de estudo o percentual de realização correta do pré-natal foi maior, reforçando a importância da escolaridade no acompanhamento correto da gestação. Desta forma, o pré-natal foi realizado corretamente em 100% das pacientes com ensino superior incompleto; 72,8% das entrevistadas com segundo grau completo; 67,4% daquelas com primeiro grau completo e 48,8% das pacientes com primeiro grau incompleto. Apenas 02 mulheres que participaram da pesquisa eram analfabetas, sendo que destas, apenas uma realizou corretamente o pré-natal (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo escolaridade e realização do pré-natal.

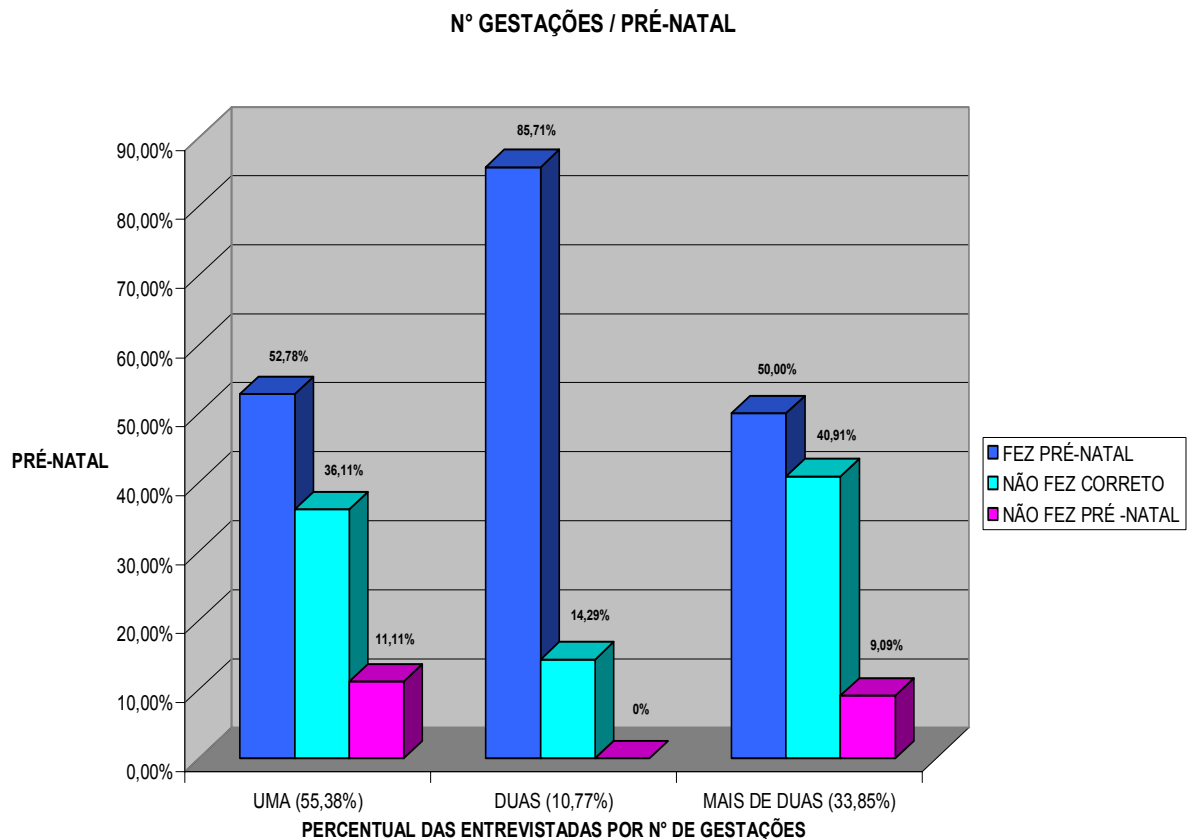


Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)



Considerando-se o número de gestações, o maior percentual de pré-natal realizado corretamente foi nas mulheres que já haviam engravidado por duas vezes (85,2%). Das primigestas, apenas 52,7% realizaram corretamente o pré-natal seguido das mulheres com mais de duas gestações (50%), conforme Gráfico 5. A experiência no processo gestacional da mulher que teve mais de duas gestações aliada à dificuldade em conciliar família, trabalho e cuidados na gravidez podem ser fatores que reforçam o baixo percentual de realização correta do pré-natal entre as múltiparas com mais de duas gestações.

Gráfico 5 – Pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo número de gestações e realização do pré-natal.



Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

A predisposição familiar para o surgimento da doença hipertensiva da gestação é um fator conhecido a tempos, bem como, a tendência para herdá-la através do genótipo materno (59, 61, 68). Dentre os aspectos avaliados, houve um índice significativo de hipertensão arterial sistêmica (55,4%), diabetes (29,4%) e gemelares (35,4%) em parentes próximos das pacientes entrevistadas. Uma parcela destas mulheres (24,6%) informou não haver casos na família considerados como fatores de risco para o surgimento da hipertensão durante a gravidez e 26,2% informaram outros comprometimentos relacionados ao sistema cardiovascular (cardiopatias e acidente vascular cerebral).

A maioria das pacientes afirmou não fazer uso de bebida alcoólica (60%); não utilizar quaisquer outros produtos químicos que pudessem prejudicar a saúde da mãe ou do bebê (83,1%), bem como, não fumar (81,5%). O alto percentual de mulheres não fumantes encontra respaldo na literatura, uma vez que, o tabagismo durante a gestação tem sido relatado como fator protetor na redução de ocorrência de pré-eclâmpsia. A justificativa é que a nicotina provoca um relaxamento da musculatura lisa dos vasos com aumento do óxido nítrico, um potente vasodilatador, ocasionando queda da pressão arterial (61, 69, 71). É importante ressaltar, contudo, que os prejuízos do cigarro para o bebê são inegáveis o que exige da gestante a cessação do tabagismo durante a gravidez.

#### **4.3. Período de internação**

As causas de internação foram em sua maioria pré-eclâmpsia grave (30,7%) sugerindo, neste caso, a iminência de um quadro de eclâmpsia. As pacientes com pré-eclâmpsia foram responsáveis por 29,2% das internações, aquelas com quadro de eclâmpsia corresponderam a 26,1% das internações e apenas 10,7% das pacientes apresentaram pré-eclâmpsia sobreposta. Duas pacientes evoluíram para Síndrome HELLP, o que correspondeu a 3,3% do total de pacientes entrevistadas (Tabela 6).

A instalação do quadro de eclâmpsia representa na maioria das vezes, atraso no diagnóstico e conduta (32, 53, 54). O percentual elevado de pacientes com pré-eclâmpsia grave observado neste estudo sugere que estas mulheres encontravam-se na eminência de uma eclâmpsia, mas que foram atendidas a tempo pelo serviço de urgência/emergência.

Um fato interessante detectado nesta pesquisa foi que as pacientes provenientes do interior do Estado de Goiás foram responsáveis pela maioria das internações na UTI Materna (61,5%) e apenas 32,3% das entrevistadas tinham domicílio na capital. As internações

provenientes de outros Estados corresponderam a 6,2% do total de entrevistas (Tabela 6). Uma justificativa plausível para este fato é a falta de assistência adequada na região de origem destas pacientes, fazendo com que as mesmas sejam encaminhadas para o Hospital Materno Infantil de Goiânia, que é referência em saúde materno-infantil para o Estado e possui a única UTI voltada para o atendimento de gestantes de risco da região.

Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual das pacientes atendidas na UTI Materna do HMI-GO com diagnóstico de doença hipertensiva da gestação (dezembro/2005 a março/2006), segundo causa da internação, procedência e tempo de internação.

VARIÁVEL	N	%
<b>Causa da Internação</b>		
Pré-eclâmpsia	19	29,2
Pré-eclâmpsia grave	20	30,7
Eclâmpsia	17	26,1
Pré-eclâmpsia sobreposta	07	10,7
Síndrome HELLP	02	3,3
Total	65	100
<b>Procedência</b>		
Goiânia	21	32,3
Interior de Goiás	40	61,5
Outro Estado	04	6,2
Total	65	100,0
<b>Tempo Internação</b>		
menos 5 dias	41	63,1
5 a 7 dias	07	10,8
8 a 12 dias	11	16,9
mais de 12 dias	06	9,2
Total	65	100,0

Fonte: Levantamento de dados junto às pacientes da UTI Materna do HMI-GO (dezembro/05 a março/06)

O tempo de internação está associado à maior possibilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê (32, 54). Grande parte das entrevistadas (63,1%) permaneceram menos de 5 dias internadas; 10,8% ficaram de 5 a 7 dias internadas; 16,9% permaneceram de 8 a 12 dias na UTI e uma minoria (9,2%) ficou mais de 12 dias internada (Tabela 6). O pequeno período em que a maior parte das pacientes permaneceu internada demonstra eficiência por parte da equipe da UTI em resolver as complicações apresentadas pelas pacientes atendidas nesta unidade.

Para muitas mulheres, o entendimento quanto ao quadro de risco que permeia a gestação é algo confuso, não havendo o entendimento quanto à patologia e os riscos que a mesma oferece. Por esse motivo, lidar com a gestação de risco se torna uma fonte de angústia e medo.

*“Foi difícil, duro lidar com uma gravidez de alto risco... eu chorava direto... achava que ia perder o bebê.”. (A.C.P.24).*

*“Eu tô com muito medo de perder o nenê. Eu não sabia que minha gravidez é de risco. O médico não falou isso pra mim. Eu descobri ontem quando fui no postinho e a mulher me falou que era de risco. A gravidez de risco é porque... fica... como é que fala... a criança, né, mais é a criança do que a mãe que corre risco, sei lá, uma coisa assim”. (M.R.P.24)*

Os sentimentos manifestados por estarem internadas foram os mais diversos como, inquietação, vontade de ir embora, tristeza, preocupação, desespero, angústia, medo e até mesmo tranquilidade.

*“Eu tô meio que desesperada, angustiada de ficar aqui dentro... mesmo porque eu não costumo ficar sententaria, queita... Mas aqui tá muito aprisionado, abafado pra mim.” (L.M.P.28).*

*“Eu fiquei muito triste de ficar internada. Vem do medo, vem... de eu tá dentro de uma UTI, né... a gente vê acontecendo tanta coisa... ai, não sei assim... eu fico muito [suspiro] triste. Eu fico bem... eu não consigo nem dormir de tá aqui dentro.” (N.R.B.27.).*

Acerca da qualidade dos serviços prestados pela equipe da UTI Materna, todas relataram terem sido bem tratadas. A relação com a equipe foi boa, mas em alguns casos, as pacientes sentiram falta de um diálogo maior com a equipe.

*“Eu fui tratada muito bem aqui na UTI. Eles não falaram muito não. Só da hora que eu perguntei à médica do resultado do ultra-som e ela me explicou. Tem hora que eles fala o que tão fazendo em mim, tem hora que não.” (M.R.P.24).*

*“Eu fui muito bem tratada na UTI, todos que me atenderam me trataram bem. Eu achei legal. Eles não me explicaram sobre o tratamento, não. Ainda não.” (C.M.N.17).*

Compreender a doença e estar ciente do tratamento ministrado é um direito do paciente e um dever da equipe que o está atendendo. Entender o processo saúde-doença minimiza a angústia e a ansiedade de quem se encontra na eminência de perder seu bem mais precioso, o fruto de seu ventre. Cabe aos profissionais da saúde ter a sensibilidade de saber ouvir e de se colocar na condição de paciente, a qual todos passarão um dia.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo após décadas da implantação de programas e ações visando implementar as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, os índices de mortalidade materna em nosso país permanecem alarmantes e um percentual elevado destes óbitos é em decorrência da hipertensão durante a gestação. Tal constatação se torna inaceitável se considerarmos que as complicações da hipertensão durante o período gestacional podem ser evitadas através da realização de um pré-natal correto e de qualidade.

Infelizmente, não é isso o que vem sendo oferecido às gestantes que contam apenas com os serviços públicos de saúde, especialmente no que tange à qualidade dos serviços prestados. O acompanhamento inadequado destas gestantes desestimula a realização do pré-natal e dificulta a detecção precoce da doença hipertensiva da gestação.

No presente estudo, ficou evidente a baixa incidência de mulheres que realizaram corretamente o pré-natal, especialmente quando se trata de uma população cuja gestação é fator de risco para a mãe e o bebê. Foi possível verificar que as mulheres que menos utilizaram este serviço foram as com idade igual ou inferior a 19 anos, negras, solteiras, com 1º grau incompleto e as multíparas com mais de duas gestações.

Uma constatação relevante foi que, as mulheres pardas e negras constituíram a grande maioria da população estudada e, ainda assim, houve uma baixa incidência de realização do pré-natal entre as mulheres negras. Este dado aliado à prevalência de hipertensão arterial na raça negra evidencia a carência de serviços públicos de saúde que contemplem estas mulheres em suas necessidades.

Foi possível verificar também que, a associação de fatores de risco é a responsável pelo quadro de agravo para a hipertensão durante a gestação. Mulheres primigestas, com antecedentes familiares, pardas e negras, cuja condição civil é instável, com baixa escolaridade e baixa renda familiar se tornam mais expostas ao acometimento da hipertensão durante a gravidez. Em relação à idade, as mulheres mais acometidas são as que se encontram na faixa etária em que há maior probabilidade de engravidar.

No que se refere à percepção das pacientes quanto ao atendimento pela equipe da UTI Materna, houve uma boa avaliação por parte das entrevistadas acerca dos serviços prestados. A relação com a equipe foi boa, mas é preciso um maior diálogo desta com as pacientes internadas.

Diante destas constatações, faz-se necessária uma mudança substancial dos serviços públicos prestados às gestantes. Aumentar o número de profissionais que atendam a gestante

no pré-natal e garantir que a mesma será acompanhada pelo mesmo médico durante o período gestacional, melhorar as condições de trabalho e remuneração dos profissionais, estimular a qualificação e reciclagem da equipe são algumas estratégias que podem melhorar os serviços prestados durante o pré-natal. Contudo, a criação de centros especializados no atendimento às gestantes, desde a concepção até o puerpério, que considere as especificidades referentes às diferentes fases da vida da mulher e às questões étnico-raciais, possibilitaria uma maior adesão das gestantes ao programa de acompanhamento pré-natal e contribuiria para o oferecimento de um serviço de qualidade. Desta forma, seria possível não apenas reduzir os índices de morte materna, especialmente em decorrência da doença hipertensiva da gestação, mas também, permitiria uma gravidez saudável para a gestante e o concepto.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco – manual técnico; 3. ed. Brasília; 2000; 164.
2. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília, 2001; 32.
3. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna; 2. ed. Brasília, 2002; 75.
4. Cecatti JG. Woman's health: focusing scientific evidence for prevention of maternal morbidity and mortality [editorial]. Rev. Bras. Saúde Matern Infant jan-mar 2005; 5(1):9-11.
5. World Health Organization (WHO). Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva, 2004; 150.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília; 2000.
7. Trevisan M R, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Pré-natal care profile among public health service (“Sistema Único de Saúde”) users from Caxias do Sul. RBGO 2002; 24(5): 293-299.
8. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. Rev Bras. Epidemiol 2004; 7(4): 449-60.
9. Ramos JGL, Costa SM, Stuczynski JV, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. Rev. Bras. Ginec. Obstetr 2003; 25(6): 431-436.
10. Victora CG. Potential interventions to improve the health of mothers and children in Brazil. Rev. Bras. Epidemiol 2001; 4(1): 3-69.
11. Cecatti JG, Faúndes A, Surita FGC. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidance. São Paulo Med J/Rev Paul Med 1999; 117(1):5-12.



12. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. The scenario of prenatal care in Brazil and the humanizing of prenatal care and childbirth program. *Rev Brás. Saúde Matern Infant* jul. - set 2004; 4(3): 269-279.
13. Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. *Rev. Bras. Ginec. Obstetr* 2004; 26(4): 317-323.
14. Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP no período de 1991 a 1995. *Rev Latino-am Enfermagem* Maio 2001; 9(3): 70-6.
15. World Health Organization (WHO). The world health report: 2005: make every mother and child count. Geneva, 2005; 243.
16. Nagahama EEI, Santiago SM. Prenatal care in an university hospital: evaluating the process. *Cad Saúde Publica*. Jan. 2006; 22(1): 173-179.
17. Donoso ES, Oyarzún EE. Análisis comparative de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Rev.Chil. Obstet. Ginecol* 2004; 69(1):14-18.
18. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy (NHBPEP). Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* Jul. 2000; 183(1) Suppl: 1-21.
19. Neme B. Doença hipertensiva específica da gestação: pré-eclâmpsia – eclâmpsia. In: Rezende J. *Obstetrícia*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. P.598-642.
20. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Hypertensive disorders of pregnancy: identifying severe cases. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(10):627-34.
21. Associação Médica Brasileira. Projeto diretrizes. Hipertensão na gravidez - 2003. [online] [cited 2005 aug. 05]. Disponível em <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna; Brasília, 2000; 119.
23. Benute GRG, Galletta MA, Abramo MMS, Tase TH, Quayle J, Lucia MCS, et al. Repercussões de um trabalho grupal interdisciplinar junto a gestantes de alto risco internadas: relato de experiência. *Rev. Ginecol. Obstet* abr. - jun 2000; 11(2): 67-73.

24. Hiluey AAGS. Gravidez de alto risco: expectativas dos pais durante a gestação: uma análise fenomenológica. *Folha méd out.* - dez 2000; 119(4): 29-42.
25. Brasil. Ministério da Saúde. 2004 - ano da mulher. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2004. 186.
26. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – plano de ação 2004-2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004; 48.
27. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. The brazilian ministry of health's program for humanization of prenatal and childbirth care: preliminary results. *Cad Saúde Pública set-out 2004*; 20(5):1281-1289.
28. Tanaka ACA. Saúde da mulher brasileira. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, organizadores. *Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal*. Brasil: Ícone; 1998. P. 18-22.
29. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Preliminary evaluation of the prenatal and birth humanization program in Brazil. *RBGO 2004*; 26(7):517-525.
30. Zampiéri MFM. Prevention of maternal mortality: a challenge to everyone. *Rev Ciências da Saúde jan-dez 1999*; 18(1/2): 11-17.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Brasília; 2001.
32. Bezerra EHM, Júnior CAA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Maternal mortality due to hypertension: rate and analysis of its characteristics in a teaching maternity hospital. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2005*; 27(9):548-53.
33. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. *Rev. Saúde Pública 2003*; 37(4): 456-62.
34. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993-1996. *Cad Saúde Pública abr-jun 1999*; 15(2): 397-403.
35. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Reflections on the measurement of maternal mortality. *Cad Saúde Pública jan - mar 2000*; 16(1): 23-30.

36. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; Rio de Janeiro, 20 Suppl 1: 63-72.
37. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Brasil – mortalidade materna. [on-line] [cited 2006 march 31]. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/saude\\_materna\\_html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/saude_materna_html)>.
38. Valongueiro S, Ludermir AB, Gominho LAF. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Suppl 2): 293-301.
39. Haraki CAC, Gotlieb SLD, Laurenti R. Confiabilidade do sistema de informações sobre mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1): 19-24.
40. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de estudo de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública* jan - fev 2003; 19(1): 183-189.
41. Tanaka ACA. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da Rede Saúde* 2000; 20:5-8.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília; 2000.
43. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern. Infant* abr - jun 2003; 3(2): 187-194.
44. Minayo MC, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangularização de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
45. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
46. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
47. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2003.

48. Jonas E. Mujeres que viven del trabajo a domicilio: El tiempo propio de las trabajadoras en la confección de ropa de vestir. Espanha; 2002. Doutorado [tese] - Universidad Complutense de Madrid.
49. Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev. latino-am. Enfermagem* dez 1996; 4(3): 75-88.
50. \_\_\_\_\_, Almeida AM. Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. *Cogitare Enferm.* jul-dez 1999; 4(2): 13-21.
51. Reiners AAO. Grounded Theory: opção metodológica para a enfermagem. *R. Enferm. UERJ* Dez 1998; 6(2): 370-376.
52. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Distúrbios hipertensivos na gravidez. In: Williams B. *Obstetric*. London: Prentice-Hall; 2000. P.607-50.
53. Sánchez AL, Ponce VA, Pérez AR. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25(1):61-5.
54. Abdabe JF, Peraçolli JC, Costa RAA, Calderon IMP, Borges VTM, Rudge MVC. Partial HELLP Syndrome: maternal and perinatal outcome. *São Paulo Med J/Rev Paul Méd* 2002; 120(6): 180-4.
55. Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer M, Vandorsten JP, MacPherson C et al. Risk of preeclampsia and adverse neonatal outcome among women with pregestacional diabetes miellitus. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(2): 364-9.
56. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Brasil – censo demográfico 2000. [on-line] [cited 2006 apr. 11]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presid.tabulacao.shtm>>.
57. Saftlas AF, Levine RJ, Klebanoff MA, Martz KL, Ewell MG, Morris CD, et al. Abortion, changed paternity and risk of preeclampsia in nuliparous women. *Am J Epidemiol* 2003; 157(12): 1108-14.
58. Moraes VA, Viggiano MGC. Hipertensão na gravidez: fatores predisponentes. In: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Hipertensão na gravidez: manual de orientação*. [on-line] [cited 2006 apr. 03]. Disponível em: <<http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/hipertensao/cap04.html>> .

59. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* jul-ago 2001; 17(4): 1025-1029.
60. Chaim SRP. Hipertensão arterial materna e condições do recém-nascido. São Paulo; 2001. Mestrado [Dissertação] - Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo.
61. Marcopito LF, Berlin JA. Pregnancy-induced hypertension in primigravidas in São Paulo, Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: (2)185-6.
62. Peraçoli JC, Costa RAA, Abdabe JF, Rugolo LMSS, Rugolo JÁ, Calderon IMP et al. Influence of criteria that define severe hypertension on maternal and perinatal outcome. *J Perinat Med* 2001; 29(Suppl 1):151.
63. Brown MA, Hague VM, Higgins J, Lowe S, McLowan L, Dats J et al. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. *Aust N Z Obstet Gynaecol* 2000; 40(2):139-55.
64. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Publica* jul. - set 1998; 14(3): 487-492.
65. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 534-45.
66. Tase TH. Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco. São Paulo; 2000. Mestrado [Dissertação] - Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo.
67. Reyna EV, Pietro MF, Guerra MV, Torres MM. Risk factors for hypertensive disorders in pregnancy. *J Perinat Med* 2001; (suppl 1):156.
68. Klonoff-Cohen H, Edelstein S, Savitz D. Cigarette smoking and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 1993; 81(4): 541-4.
69. Lindqvist PG, Marsal K. Moderate smoking during pregnancy is associated with a reduced risk of preeclampsia. *Acta Obstet Scand* 1999; 78: 693-7.
70. Conde AA, Althabe F, Belizán JM, Kafury AACG. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* Oct 1999; 181(4): 1026-35.

71. CONDE, A.A. et al. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* [S.l.], v. 181, n. 4, p. 1026-37. Oct. 1999.

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a sra não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida a sra pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone 227-1511.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do projeto: Gestantes Hipertensas: Um estudo sobre as pacientes atendidas na UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia.

Pesquisador responsável: Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (0XX62) 3538-1382 ou 9251-7634

Pesquisadores participantes: Orientadora da pesquisa Profª Drª Eline Jonas; Co-Orientadora da pesquisa Profª Drª. Irmtraut Araci H. Pfrimer.

Esta pesquisa tem a finalidade de traçar as características sócio-econômicas e de saúde das gestantes atendidas na UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia e também avaliar quais foram os possíveis motivos que levaram estas gestantes a necessitarem dos cuidados de uma UTI. Todas as pacientes deverão ter o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação, estar estáveis e de alta da unidade, quando responderão a algumas perguntas objetivas. De todas as pacientes que responderam às perguntas objetivas, serão selecionadas algumas para participarem de uma entrevista aberta. É importante a sra saber que esta pesquisa não oferece riscos à sua saúde e participando dela a sra estará contribuindo para que, no futuro, possamos prevenir doenças hipertensivas decorrentes da gestação. A sra terá a



garantia de que guardaremos segredo das informações a seu respeito; e também poderá deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem nenhum problema.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Pesquisadora: Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ N° de prontuário \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Gestantes Hipertensas: Um estudo sobre as pacientes da UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Goiânia”, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Goiânia, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Observações complementares

**APÊNDICE C**  
**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
“GESTANTES HIPERTENSAS: UM ESTUDO SOBRE AS PACIENTES DA UTI  
MATERNA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA”

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS**

Entrevista N. \_\_\_\_\_.

Prontuário: \_\_\_\_\_.

PARTE I – DADOS PESSOAIS E IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

1) Nome completo: \_\_\_\_\_

2) Endereço e Telefone para contato: \_\_\_\_\_

3) Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4) Idade em anos completos:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 10 a 15 anos | <input type="checkbox"/> 28 a 34 anos    |
| <input type="checkbox"/> 16 a 21 anos | <input type="checkbox"/> 35 a 40 anos    |
| <input type="checkbox"/> 22 a 27 anos | <input type="checkbox"/> mais de 40 anos |

5) A sua cor ou raça é:

- |                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Amarela     |
| <input type="checkbox"/> Preta  | <input type="checkbox"/> Indígena    |
| <input type="checkbox"/> Parda  | <input type="checkbox"/> Outra.Qual? |

6) Dados antropométricos:

- Altura (em centímetros): \_\_\_\_\_

- Peso (em kg): \_\_\_\_\_

7) Naturalidade/Nacionalidade (Cidade/Estado/País): \_\_\_\_\_

8) Qual é a sua religião ou culto?

( ) Católica

( ) Candomblé

( ) Evangélica

( ) Mulçumana

( ) Espírita

( ) Outros. Qual?

9) Estado Civil:

( ) Solteira

( ) Casada

( ) Mora com o companheiro

( ) Viúva

( ) Separada, desquitada ou divorciada

( ) Outros. Qual?

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos (completos).

10) Grau de Escolaridade:

( ) Analfabeto

( ) Sabe ler / escrever, porém nunca frequentou escola

( ) 1º grau incompleto

( ) 1º grau completo

( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo

( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

11) Qual sua ocupação atualmente?

\_\_\_\_\_

12) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (múltipla escolha):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salário                    | <input type="checkbox"/> Pensão           |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria              | <input type="checkbox"/> Aluguel (imóvel) |
| <input type="checkbox"/> Não tem rendimento próprio | <input type="checkbox"/> Outro. Qual?     |

13) Qual o valor mensal que sua família dispõe?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de um salário mínimo | <input type="checkbox"/> Três salários mínimos          |
| <input type="checkbox"/> Um salário mínimo          | <input type="checkbox"/> Quatro salários mínimos        |
| <input type="checkbox"/> Dois salários mínimos      | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais salários mínimos |

14) O domicílio onde mora é:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Próprio (já pago)       | <input type="checkbox"/> Cedido pelo empregador |
| <input type="checkbox"/> Próprio (ainda pagando) | <input type="checkbox"/> Cedido de outra forma  |
| <input type="checkbox"/> Alugado                 | <input type="checkbox"/> Outra condição. Qual?  |

15) Quantas pessoas moram com você?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Moro sozinha | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

16) Das pessoas que moram com você, quantas têm mais de 18 anos?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas eu    | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

17) Em sua casa, quantas pessoas trabalham e são remuneradas?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas eu    | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

18) Das pessoas que trabalham quantas são contratadas com carteira assinada?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas eu    | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

19) Das pessoas que trabalham quantas são contratadas, mas não têm carteira assinada?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas eu    | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

20) Das pessoas que trabalham quantas são por conta própria, sem salário fixo no final do mês e sem direitos trabalhistas?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas eu    | <input type="checkbox"/> Três pessoas          |
| <input type="checkbox"/> Uma pessoa   | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas        |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais pessoas |

## PARTE II – DADOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO

21) Prontuário nº: \_\_\_\_\_

22) Data Internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

23) Causa de Internação na UTI: \_\_\_\_\_



24) Procedência:

- ( ) Goiânia  
 ( ) Interior de Goiás. Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Outro Estado. Qual (cidade/estado)? \_\_\_\_\_

25) Data Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

26) Tempo de Internação: \_\_\_\_\_ (em dias)

27) Situação da alta:

- ( ) Alta para a maternidade do HMI  
 ( ) Alta para casa  
 ( ) Alta para outro hospital. Qual? \_\_\_\_\_

### PARTE III – HISTÓRICO DA SAÚDE

28) Quantas gestações já teve?

- ( ) Esta é a primeira gestação  
 ( ) Uma gestação  
 ( ) Duas gestações  
 ( ) Três gestações  
 ( ) Quatro ou mais gestações

Caso haja mais de duas gestações, quanto tempo demorou de uma gestação para outra (meses / anos)?

Da primeira para a segunda gestação: \_\_\_\_\_  
 Da segunda para a terceira gestação: \_\_\_\_\_  
 Da terceira para a quarta gestação: \_\_\_\_\_  
 Da quarta para a quinta gestação: \_\_\_\_\_  
 Da quinta para a sexta gestação: \_\_\_\_\_  
 Da sexta para a sétima gestação: \_\_\_\_\_

29) Quantos filhos nascidos vivos você tem?

Um       Dois       Três       Mais de três

30) Quantos filhos nascidos mortos você teve?

Um       Dois       Três       Mais de três

31) Já sofreu algum aborto?

Sim       Não

Se sim, quantos?

Um     Dois     Mais de Dois

32) Já teve algum parto normal?

Sim       Não

Se sim, quantos?

Um     Dois     Mais de Dois

33) Já teve algum parto cesárea?

Sim       Não

Se sim, quantos?

Um     Dois     Mais de Dois

34) Em relação a gestação atual, já houve a interrupção?

Sim       Não

Se sim, qual a IG quando da interrupção? \_\_\_\_\_ (semanas) \_\_\_\_\_ (dias)

Se não, qual a IG atual? \_\_\_\_\_ (semanas) \_\_\_\_\_ (dias)

35) Quanto a atual gestação (considerando a IG), o pré-natal foi realizado corretamente?

Sim     Não     Não fiz pré-natal

Se sim, você foi a quantas consultas?

1     2     3     4     5     6 ou mais

Se não, você foi a quantas consultas?

1     2     3     4     5

36) Algum familiar seu possui um ou mais dos itens abaixo? (Marque quantos itens necessários):

Diabetes

Hipertensão Arterial Sistêmica

Gemelares

Outros. Qual? \_\_\_\_\_

37) Você fuma?

Sim       Não     Já fumei

Se já fumou:

- Por quanto tempo fumou: \_\_\_\_\_ ( ) dias ( ) meses ( ) anos

- Há quanto tempo parou: \_\_\_\_\_ ( ) dias ( ) meses ( ) anos

38) Você faz uso de bebida alcoólica?

( ) Diariamente

( ) Raramente

( ) Uma vez por semana

( ) Nunca

( ) Mais de uma vez por semana

39) Já usou algum tipo de medicamento ou produto químico que pudesse prejudicar sua saúde ou a sua gestação atual?

( ) Sim

( ) Não

**APÊNDICE D**  
**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
“GESTANTES HIPERTENSAS: UM ESTUDO SOBRE AS PACIENTES DA UTI  
MATERNA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA”

**ROTEIRO DE ENTREVISTA  
(GRAVADOS EM CD)**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

I. Saúde da mulher e sexualidade (orientação sexual e uso de método contraceptivo, frequência com que vai ao ginecologista e entendimento quanto às informações passadas).

II. Gestação atual (planejamento da gravidez, sentimentos relacionados à gravidez, apoio do companheiro e de familiares, aborto no decorrer da vida reprodutiva, realização do pré-natal e qualidade dos serviços prestados, eficiência médica em detectar urgência/emergência materna e sentimentos relacionados à gravidez de risco).

III. Situação da família e do ambiente em que vive (renda própria e familiar, domicílio e condições de moradia).

IV. Tempo de permanência na UTI Materna (qualidade dos serviços prestados pela equipe da UTI, relação com a equipe, sentimentos quanto à internação, sugestões para melhorar os serviços prestados).

**APÊNDICE E**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**