

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

FACENE/ RN

LUZIA SEBASTIANA ALCILEIDE DE MORAIS AVELINO

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: CONCEPÇÕES DAS
GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA.**

MOSSORÓ

2012

LUZIA SEBASTIANA ALCILEIDE DE MORAIS AVELINO

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: CONCEPÇÕES DAS
GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

MOSSORÓ

2012

LUZIA SEBASTIANA ALCILEIDE DE MORAIS AVELINO

**DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: CONCEPÇÕES DAS
GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA.**

Monografia apresentada pela aluna Luzia Sebastiana Alcileide de Moraes Avelino, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

Orientadora

Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)

Membro

Prof^ª. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

Membro

Dedico a meu pai, que apesar de não está mais presente em minha vida, com certeza ele estar sempre ao meu lado durante todo o percurso que passo, em momentos de alegria e também de tristeza me dando força para seguir confiante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me acompanhado durante esse período importante da minha vida me dando saúde e força.

Agradeço aos meus pais, à minha mãe Zineuda por ter persistido e acreditado que eu seria capaz de enfrentar essa jornada, apesar de ter decorrido por tantas fases difíceis em sua vida, mostra ser uma mulher guerreira de força e coragem, ou seja, um exemplo de vida para mim.

Aos meus filhos, Allícy a e Arthur por existir na minha vida, são duas bênçãos de Deus, o melhor presente que alguém pode ter na vida, dividindo sempre momentos especiais nos dando alegria.

A meu esposo, Clécio por ter sempre me acompanhado, me ajudando nas etapas difíceis me dando força para prosseguir durante esses anos e pela paciência e compreensão para lidar com os momentos estressantes que passei.

As minhas irmãs, Alcione por ter sido minha companheira, amiga de classe e de vida, sempre me ajudou a superar as dificuldades que passei durante esse período. A minha outra irmã Aucinete, que apesar de estar morando distante sempre me deu força com palavras sinceras.

A minha tia, Aneuda que foi uma segunda mãe para os meus filhos nos momentos que eu estava ausente, sempre cuidou dos meus amores com dedicação e paciência, agradeço também a toda a minha família que sempre está presente em todos os momentos.

Agradeço aos meus mestres que sempre passaram informações significativas que irei guardar por toda a minha vida profissional, em especial à minha orientadora Patricia Helena, por ter me ajudado a realizar este trabalho com muita atenção, paciência e dedicação.

A minha banca examinadora Karla Simões e Joseline Pereira, por ter aceitado a participar da banca, fazendo correções importantes que só veio a crescer ainda mais este trabalho.

Aos meus amigos de classe, que foi muito bom passar esse tempo com eles, sempre aprendendo com alegria dando risadas juntos, que nossa amizade permanece por mais um longo período.

As gestantes que permitiram ser entrevistadas, passando informações importantes que me ajudou a construir este trabalho.

A todos os funcionários da FACENE que sempre foram muito prestativos, em especial a bibliotecária Vanessa que me ajudou muito nas dúvidas das Normas da ABNT.

A vida não pode ser escrita a lápis.
Você não pode apagar um erro, e corrigi-lo.
Mas pode recomeçar em outra linha.

(autor desconhecido)

RESUMO

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) surge, aproximadamente, na 20ª semana de gestação, manifesta-se com hipertensão, proteinúria e edema. A pesquisa tem como objetivo geral: analisar as concepções das gestantes atendidas em uma unidade de referência sobre Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e como objetivos específicos: identificar a situação socioeconômica das gestantes participantes da pesquisa; descrever o entendimento das gestantes participantes da pesquisa em relação à DHEG; conhecer as principais dúvidas das gestantes à respeito da DHEG na concepção das gestantes participantes da pesquisa e averiguar o conhecimento das gestantes participantes da pesquisa sobre complicações da DHEG. O estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza quantitativa, realizada no Ambulatório Materno-Infantil (AMI) em Mossoró. A população da pesquisa são mulheres grávidas portadoras de DHEG que estejam realizando pré-natal no AMI, com amostra de seis (06) mulheres, utilizando a técnica de amostragem aleatória. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o roteiro de entrevista e a coleta de dados foi através de entrevista. Os dados quantitativos foram interpretados a partir de técnicas estatísticas, representados por gráficos. Outra forma metodológica utilizada foi a análise qualitativa, desenvolvida através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pesquisa identificou a situação sócio-econômica da amostra da pesquisa, onde 67% das participantes têm a idade entre 30 a 31 anos, 50% são casadas e os outros 50% são solteiras, 34% da amostra têm ensino fundamental incompleto, 67% afirmam ser de religião católica, 67% afirmam serem do lar, em 33% das gestantes informam ter sua renda familiar em torno de um salário mínimo, outros 33% afirmam que seu ganho é em média de três salários, 50% delas informam ter apenas um filho e 67% das gestantes estão no segundo trimestre gestacional. Algumas participantes da pesquisa compreendem a doença, onde relatam os riscos que esta doença pode lhe trazer, enquanto outras não souberam informar o que seria esta doença, a sintomatologia e os fatores de risco da DHEG. Diante das dúvidas elas referem a questão do medo e o que a doença pode causar. Sobre as complicações da DHEG, as participantes abordaram a questão da morte, em prejudicar o feto e também a eclâmpsia. Foi evidenciado que as gestantes portadora da DHEG não têm concepção em alguns aspectos da doença. A gestante com DHEG necessita ter um acompanhamento rigoroso durante todo seu período gestacional com informações sobre a doença, no entanto, tais informações tornam-se limitadas durante o pré-natal. Assim é necessário trabalhar a educação em saúde com essas gestantes disponibilizando todas as informações importantes durante toda a gravidez.

Palavras-chave: DHEG. Gestantes. Pré-natal.

ABSTRACT

Pregnancy-Specific Hypertensive Disorders (PSHD) appears in the 20th week of pregnancy approximately it is manifested by hypertension, proteinuria and edema. This research has as general objectives: analyze the views of pregnant women assisted a reference unit about pregnancy-specific hypertensive disorders (PSHD) and as specific objectives: identify the socioeconomic status of the women participating in the research; describe the understanding of the women participating in the research regarding the PSHD know the main concerns of pregnant women about the PSHD in the conception of the women participating in the research and ascertain the knowledge of pregnant women participating in the research on complications of PSHD. The study is characterized by an exploratory and descriptive research with quantiquitative approach, carried out in the maternal and child ambulatory (AMI) in Mossoró. The population of the research is composed by pregnant women who have PSHD and who are taking the prenatal at AMI, with a sample of six (06) women, using the random sampling. The instrument of data collection was an interview guide the data collection was done through interview. Quantitative data were interpreted from statistical techniques, represented by graphs. Otherwise methodology used was a qualitative analysis developed through the technique of the Collective Subject Discourse (CSD). The research identified the socio-economic situation of the research sample, in which 67% of participants are between 30 to 31 years old, 50% are married and the other 50% are single, 67% claim to be catholic, 67% claim to be housewives, 33% of the pregnant woman reported having their family income around the minimum wage, the other 33% say that they earn around three wages, 50% of them report having only one child and 67% of them are in the second trimester of pregnancy. Some research participants understand the disease, in which they discuss the risks that this disease can bring them, while others could not say what would be, symptoms and risk factors of PSHD, Given the doubts they report the fear and what the disease can cause them. Concerning the complications of PSHD, the participants addressed the issue of death, in damaging the fetus and also eclampsia. It was evidenced that pregnant women carrying the PSHD have no conception in some aspects of the disease. The pregnant woman with PSHD need to have strict monitoring throughout her pregnancy period with information about the disease, however, such information becomes limited during the prenatal period. Therefore it is necessary to work on health education with those pregnant women providing all relevant information throughout pregnancy.

Keywords: PSHD. Pregnant Women. Prenatal.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dados referentes à idade das participantes da pesquisa.....	29
Gráfico 2 – Dados referentes ao estado civil das gestantes participantes da pesquisa.....	30
Gráfico 3 – Dados referentes à escolaridade das gestantes participantes da pesquisa.....	31
Gráfico 4 – Dados referentes à religião das participantes da pesquisa	32
Gráfico 5 – Dados referentes à ocupação das participantes da pesquisa	32
Gráfico 6 – Dados referentes à renda familiar das participantes da pesquisa.....	33
Gráfico 7 – Dados referentes à quantidade de filhos das participantes da pesquisa	34
Gráfico 8 – Dados referentes à idade gestacional das participantes da pesquisa.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: onde faz o pré-natal?.....	35
Quadro 2 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: como descobriu a DHEG?.....	36
Quadro 3 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: o que você entende por DHEG?.....	37
Quadro 4 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: quais são suas principais dúvidas sobre esta doença?.....	38
Quadro 5 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: quais são os principais sinais e sintomas da DHEG?.....	39
Quadro 6 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: quais os fatores de risco para o surgimento desta doença?.....	40
Quadro 7 – Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: quais são as complicações da DHEG que podem afetar as gestantes?.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

AMI - Ambulatório Materno Infantil

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

IC - Ideia Central

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 HIPÓTESE	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVOS GERAIS	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER	16
3.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO	17
3.2.1 Sistema Respiratório	18
3.2.2 Sistema Reprodutor	19
3.2.3 Função Cardiocirculatória	20
3.2.4 Sistema Digestório	20
3.2.5 Função Renal	20
3.2.6 Função Tegumentar	21
3.2.7 Função Metabólica	21
3.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO-RISCO	21
3.4 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)	23
3.4.1 Fatores de Risco	25
3.4.2 Manifestações Clínicas	25
3.2.3 Complicações	26
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	27
4.1 TIPO DE PESQUISA	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.8 FINANCIAMENTO	30
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	31
5.1 DADOS GERAIS	31
5.2 DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	52
ANEXO	56

1 INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno natural e fisiológico, na maioria das vezes, não ocorre nenhum processo de intercorrências, no entanto, em algumas gestantes sobrevêm alguns agravos, apresentando a possibilidade de evoluir para casos desfavoráveis para a mãe e o recém-nascido, sendo conhecido como gestantes de alto risco (BRASIL, 2001c).

O organismo da gestante passa por diversas modificações sistêmicas, principalmente no aparelho reprodutor, permanecendo durante toda a gestação, apresentando alterações bioquímicas, fisiológicas e anatômicas, onde são observadas durante todo o ciclo gravídico, logo após a fecundação. Após a expulsão placentária, a maioria das modificações é regredida, no entanto, certas alterações, especialmente as que afetam o canal do parto, passam um maior tempo para desaparecer (WILSON, 1974 apud BENZECRY, 2001).

A DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) ou pré-eclâmpsia, é definida como fatores multissistêmicos que podem acometer as gestantes a partir da 20ª semana, causando manifestações clínicas como hipertensão e proteinúria, que desaparece até 12 semanas após o parto (BRASIL, 2010). A DHEG ocorre quando a pressão arterial é maior ou igual a 140/90, deve ser feita duas aferições com o intervalo de 4 horas, a gestante deve estar na posição sentada para evitar a compressão da veia cava pelo útero (OLIVEIRA, 1997 CUNHA, 2001 apud GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005).

Na pré-eclâmpsia pode ocorrer presença de edema, aumento subcutâneo de peso igual ou superior a 500g/semana, tornando-se posteriormente generalizado (dedos das mãos, face e abdome). Na eclampsia, apresenta-se em estado de coma ou convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia sem nenhuma ocorrência de doenças cerebrais anteriormente (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

A etiologia na pré-eclâmpsia ainda é desconhecida, o aumento da pressão arterial, considera-se como uma consequência da doença e não a causa. Estudos indicam os aspectos imunogenéticos sendo a causa que explica a sua fisiopatologia (SOUZA, 2010). É uma das principais doenças responsáveis pelas causas de morbimortalidade da mãe e do feto, sendo mais observado em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2010). assistência no pré-natal as gestantes hipertensas é basicamente

realizada através de repouso e dieta. Quando a pressão arterial ultrapassa de 100mmHg, recomenda-se também a realizar o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2000).

Uma revisão publicada pela Biblioteca Cochrane identificou a importância da suplementação de cálcio durante a gestação, ao realizar o pré-natal, para prevenir a hipertensão arterial e pré-eclâmpsia especialmente em gestantes de alto risco ou com deficiência prévia (HOFMEYR, 2006 apud VETTORE, et al 2011).

É importante que as gestantes, tenham o conhecimento quanto aos riscos e gravidade da doença e distinguir as repercussões da DHEG, podendo assim, adotar os devidos cuidados com a pressão arterial evitando grandes complicações. No entanto, na maioria das vezes seu conhecimento infelizmente é precário, aumentando assim o risco de complicações para a mãe e o feto. Em alguns casos as gestantes não são informadas sobre os riscos que pode está ainda mais lhe agravando.

É necessário discutir com as gestantes a respeito dos padrões da pressão arterial, os cuidados com sua alimentação, a prática de exercícios físicos moderados entre outras medidas, podendo assim ter uma melhora significativa do seu quadro, através da adoção de hábitos de vida saudáveis, evitando danos maiores a sua saúde. Isso também significa uma assistência integral, visando contribuir de forma significativa na qualidade de vida da gestante, favorecendo no desenvolvimento de uma gravidez saudável.

Discutir essa temática é de fundamental importância, pois apresenta um elevado índice de morbimortalidade para a gestante e o feto, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, trazendo diversos tipos de complicações.

O interesse pela temática surgiu no decorrer das atividades práticas integradoras durante a formação acadêmica, onde se percebeu que as gestantes acometidas por DHEG não conheciam as manifestações, cuidados e riscos da referida patologia, no intuito de prevenir complicações para o binômio mãe e filho.

A partir desta análise questiona-se: quais as concepções das gestantes sobre DHEG? Qual o conhecimento das gestantes com DHEG sobre a patologia, seus riscos e complicações que podem acometê-la?

Este estudo tem como relevância proporcionar um maior nível de conhecimento acadêmico, servindo como uma fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática ora abordada, como também os profissionais de enfermagem poderão prestar uma assistência adequada a essas gestantes e também para os serviços de saúde aprimorar sua capacidade de atendimento as essas gestantes de alto risco.

1.1 HIPÓTESE

Diante do exposto acredita-se que as gestantes possuem limitações quanto ao conhecimento sobre DHEG.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar as concepções das gestantes atendidas em uma Unidade de Referência sobre Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a situação sócioeconômica das gestantes participantes da pesquisa;
- ✓ Descrever o entendimento das gestantes participantes da pesquisa em relação à DHEG;
- ✓ Conhecer as principais dúvidas a respeito da DHEG na concepção das gestantes participantes da pesquisa;
- ✓ Averiguar o conhecimento das gestantes participantes da pesquisa sobre as complicações da DHEG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

No século XIX foi desenvolvido alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais, entre eles a assistência ao pré-natal associada a institucionalização do parto, que tinha como objetivo desenvolver um recém-nascido saudável reduzindo as taxas de mortalidade infantil. Ou seja, esta assistência surgiu como um processo “puricultural intra-uterino”, tendo a preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, não sendo uma assistência volta para a saúde e proteção da mulher (BRASIL, 2001).

O propósito dos vários programas de saúde materno-infantil estava centrado em agir sobre os corpos das gestantes de modo a assegurar que os corpos dos filhos fossem adaptados as necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994 apud OSIS, 1998).

Em 1983, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), abordando a saúde da mulher de maneira diferenciada, sendo baseada no conceito de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (AISM) que implica no rompimento desse tema tradicional, sobretudo no âmbito da medicina, que centraliza a assistência às mulheres referentes à reprodução (COSTA, 1979; CANESQUI, 1984; OSIS, 1994 apud OSIS, 1998).

A adoção do PAISM pelo governo brasileiro surgiu da pressão de três forças que atuavam na sociedade no início da década de 80 que foram as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento tivessem o controle do crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e a pressão dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, à procura de seus direitos, tendo uma assistência à saúde como um todo, e não apenas como mulheres grávidas (ALMEIDA, 1995).

O PAISM pretendeu dar uma assistência integral às especificidades das mulheres, independentemente de sua função reprodutora ou não. Contemplou medidas oficiais para regulação da fecundidade, não sendo classificada como tendo objetivos de controle da natalidade, pois não incluiu qualquer componente de repressão, condicionou as atividades de planejamento familiar nos serviços públicos ao oferecimento de todos os outros componentes da atenção à saúde das mulheres (ALMEIDA, 1995).

O Ministro de saúde, Humberto Costa, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 28 de maio de 2004, com princípios e diretrizes, sendo estes construídos a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000 apud TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL p.63, 2007).

Para elaboração deste documento foram realizados estudos que identificam as principais causas de morte nas mulheres que são as doenças cardiovasculares, o acidente vascular cerebral, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000 apud TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

O SUS tem o dever de estar orientado e capacitado para prestar uma assistência integral à saúde da mulher, contemplando a promoção da saúde, atendendo as necessidades femininas, prevenindo e controlando as doenças mais prevalentes e garantia do direito a saúde desse grupo populacional (BRASIL, 2011).

Os objetivos gerais desta política são garantir a melhoria da saúde das mulheres e suas condições de vida, a segurança de direitos legalmente constituídos e ter um maior acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde para todas as mulheres brasileiras. Favorecer a diminuição da morbimortalidade das mulheres no Brasil, principalmente em causas evitáveis, em todas as fases de vida e em todos os grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Expandir, qualificar e humanizar a assistência integral à saúde da mulher em todos os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004).

3.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

Gravidez é um momento especial na vida da mulher e das pessoas próximas a ela. A gestação, o parto e o nascimento ocorrem em função da sexualidade e da efetividade da mulher e do homem. Na mulher, ocorrem transformações físicas e emocionais. Pode passar por momentos de alegria, tristeza, ter dúvidas e medos. É necessário que as gestantes tenham o conhecimento dessas mudanças para vivê-las de forma ativa e saudável com harmonia e prazer (BRASIL, 2008).

A gestação concebe um episódio fisiológico na vida da mulher, incidindo uma série de transformações em seu corpo, a partir de quando o óvulo maduro extinguido pelo seu ovário, ao ser captado e transportado para dentro da tuba uterina, encontra o espermatozóide numa fusão caracterizada pela fecundação. Após a fecundação desse óvulo, agora chamado ovo, logo iniciará várias divisões celulares, assumindo características distintas que diferenciarão a sua superfície, a mórula do blastocisto (SILVA, 2007).

O conjunto de divisão celular é chamado de zigoto e cada uma das células de blastômero. Ao final das divisões, o zigoto apresenta-se cheio de blastômeros, onde é denominado fase de mórula do desenvolvimento embrionário. Logo surge no centro da mórula uma quantidade de fluido denominado antro ou cavidade blastocística, cercada perifericamente de blastômeros. Nesse estágio o zigoto atinge a fase cognominado de blastocisto, é estágio que o embrião atinge a cavidade uterina (NEME, 2005).

Quando o ovo encontra-se na cavidade uterina, na fase blastocística leva cerca de 4 a 5 dias para implantar-se no endométrio. A nidação ou implantação é a ação das células trofoblásticas sobre o ovo em sua fase blastocística, cuja superfície comporta sua escavação no tecido trofoblástico no interior do endométrio (SILVA, 2007).

Durante a gestação ocorrem diversas alterações no organismo da mulher, tendo o objetivo de adequá-lo às necessidades do complexo materno-fetal e durante o parto. No início da gestação essas modificações são devidas aos hormônios provenientes do corpo lúteo e da placenta e a partir do segundo trimestre, também devido ao crescimento uterino. As principais alterações no organismo materno ocorrem no sistema cardiovascular, respiratório e gastrintestinal e também metabólicas e hematológicas (REIS, 1993).

Durante as 42 semanas de gestação, o organismo da mulher passa por algumas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas, essas alterações iniciam nas primeiras semanas indo até o final da gestação (SOUZA et al 2009). Essas alterações irão promover uma adaptação do corpo, para que o mesmo possa receber o embrião e assim desenvolver-se nas melhores condições possíveis (SILVA, 2009).

3.2.1 Sistema Respiratório

O ar movimentado em cada ciclo aumenta e também a frequência respiratória devido ao consumo de ar pelo feto. Ocorre uma diminuição de expansão dos pulmões

por causa da elevação do diafragma devido ao aumento do útero causando fadiga e dispnéia (SILVA, 2007).

3.2.2 Sistema Reprodutor

Uma das primeiras alterações na mulher ocorre no sistema endócrino antes mesmo que ela perceba a gravidez. O hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG), é produzido até o 14º dia de gestação pelas células do tecido trofoblástico, estimulando a produção de estrógeno e progesterona pelo corpo lúteo. É responsável pela manutenção do conceito e placenta (ALVES et al, 2006).

O aumento do estrogênio advém alguns desconfortos como o aumento da sensação de calor, aumento da transpiração e irritabilidade sensações que na maioria das vezes a mulher sofre durante a fase ovulatória. (FIEWSKI, 2002). A mucosa vaginal torna-se mais espessa, aumento da elasticidade, da vascularização podendo aparecer varizes e apresentar entreaberta e amolecimento dos tecidos conjuntivos da vagina, da vulva e do assoalho pélvico (REZENDE, 2005 apud SILVA, 2009).

O útero é modificado na consistência, no volume, no peso, na forma, na posição e na coloração. A consistência é alterada pela embebição gravídica que amolece todo o útero principalmente no local de implantação. Durante a prenhez o volume uterino aumenta em mais ou menos, 5.000ml, em situações especiais como gestações múltiplas e no hidrânio aumentam em até 10.000ml, chega a pesar aproximadamente 1.100g (NEME, 2005).

Com a implantação do ovo em um dos cornos uterino promove maior crescimento nessa área, ficando com uma forma simétrica ao toque. O útero fica na posição anteversoflexão, que com o aumento do peso e volume, promovem a compressão da bexiga, causando o sintoma de polaciúria. O útero adquire a coloração vinhoso, devido ao intenso afluxo sanguíneo (NEME, 2005).

As trompas ou tubas uterinas são interrompidas na função de oviduto, aumentando de volume em face de hipertrofia das camadas musculares. A ovulação está interrompida durante a gravidez, os ovários ficam maiores, contendo o corpo lúteo gravídico (BENZECRY, 2001).

Há um aumento das mamas e tornam-se dolorosas. Os vasos ficam mais visíveis, os mamilos também aumentam de tamanho e mais pigmentado e presença de colostro, um líquido leitoso (NETTINA, 2003 apud SOUZA et al, 2009).

3.2.3 Função Cardiocirculatória

O débito cardíaco começa a aumentar a partir da 10^a e 12^a semana de gestação, com um pico máximo entre a 20^a e 24^a mantendo-se a partir daí constante. Com a evolução da gravidez a frequência cardíaca aumenta e no final da gestação chega a 85 batimentos/minuto, o que determina a elevação do débito cardíaco. Há uma diminuição da pressão sistólica e a diastólica baixa consideravelmente, voltando a seus níveis normais antes do parto (BENZECRY, 2001).

Ocorre o aparecimento de taquicardia e palpitações. Com aumento do volume sanguíneo faz com que o número de eritrócitos seja diminuído surgindo o quadro de anemia fisiológica da gravidez. Aparecimento de varizes nos membros inferiores, pelo aumento do peso e a estase venosa nas pernas (GONZALEZ, 2003 apud SOUZA et al, 2009).

Silva, 2009 afirma que: com a adoção da posição em decúbito dorsal, a veia cava é comprimida, deste modo, o retorno do sangue venoso é diminuído, fazendo com que ocorra uma redução da função cardíaca, causando, pulso acelerado, hipotensão arterial, desmaio e sofrimento fetal.

3.2.4 Sistema Digestório

O efeito da progesterona sobre a musculatura lisa provoca o relaxamento, com isso o peristaltismo torna-se reduzido, causando o retardo no esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, o que resulta em náuseas, vômitos, constipação e pirose (azia), provocada pelo refluxo gastresofágico (SILVA, 2007).

3.2.5 Função renal

Ocorre uma dilatação dos ureteres e pelvis renais, que se inicia na 10^a semana (BARROS, 2006 apud SILVA, 2009). Com a elevação do fluxo sanguíneo ocorre uma maior eliminação renal, remove produtos metabólicos da mãe e do feto (SILVA, 2009). Devido à ação hormonal e a compressão uterina sobre a bexiga faz com que a gestante apresente polaciúria e nictúria, o que provoca certo desconforto (REZENDE, 2005 apud SILVA, 2009).

3.2.6 Função tegumentar

Pelo acúmulo de gordura nas mamas, nádegas e abdome ocorre o estiramento da pele, causando as estrias (víbices). Hiperpigmentação da pele surge a linha negra (línea nigra) na região do abdome e manchas no rosto (cloasma). Por causa da hiperatividade das glândulas sudoríparas, sebáceas e dos folículos pilosos ocorre o excesso de sudorese, espinhas e pêlos (SILVA, 2007).

3.2.7 Função Metabólica

O organismo da gestante incide um aumento nas necessidades de proteína para fornecer ao feto, útero, placentas, mamas e aumento do volume sanguíneo. No segundo trimestre também há um aumento no metabolismo lipídico. Triglicérides, colesterol e lipoproteínas reduzem logo após o parto (BENZECRY, 2001).

No metabolismo glicídico, a mãe necessita de uma permanente demanda de glicose, pois diante de períodos de jejum o feto continua extraindo glicose e aminoácido da mãe em taxas iguais a períodos em que a gestante está alimentada. Para suprir às necessidades do conceito a grávida faz ajustamentos importantes: há um menor consumo de glicose, e com o avanço da gestação diminui a utilização periférica (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

3.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO-RISCO

No Brasil, devido às diferenças socioeconômicas e culturais, são evidentes os fatores de risco para cada região, esses fatores são divididos em quatro grandes grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, casos com história reprodutiva anterior à gestação atual, patologia obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas (BRASIL, 2001).

O pré-natal tem como objetivo acolher a mulher desde o início até o final da sua gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e favorecendo o bem estar materno e neonatal (LIMA; PAIVA ; AMORIM, 2010).

Em alguns casos as gestantes de alto risco requerem uma assistência mais especializada, onde são solucionados em nível primário, por meio de procedimentos simples, já em outros casos, será preciso realizar uma assistência com cuidados mais

complexos que estarão presentes nos níveis secundários e terciários, com equipes multidisciplinares: enfermeiro, psicólogos, assistentes sociais e o obstetra que é indispensável (BRASIL, 2001).

A assistência no pré-natal de alto risco tem a finalidade de intervir em qualquer situação que possa submeter à gestante, diminuindo o risco materno-fetal ao qual estão expostos, ou reduzir suas possíveis complicações. A equipe de saúde deve estar preparada para ajudar a gestante a enfrentar quaisquer fatores que possa estar afetando-a, sejam fatores clínicos, obstétricos, socioeconômicos ou emocionais (BRASIL, 2010).

A assistência ao pré-natal tem a meta de manter a integridade da saúde da mãe e do feto. É necessário que o acompanhamento do pré-natal se inicie o mais cedo possível, antes da 12ª semana de gestação, podendo identificar algumas intercorrências que possa trazer agravos sendo possível sua prevenção (SILVA, 2009).

O controle da mortalidade materna depende principalmente do acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, especialmente na atenção ao parto e puerpério. Com o acompanhamento ao pré-natal reduz o risco de mortalidade, os quais devem ter condição suficiente para o controle dos riscos identificados (VICTORA, 2001 apud COSTA; GUILHEM; WALTER 2005).

Desta forma, a atenção pré-natal tem como objetivos principais:

Assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério (OSIS, 1993 apud COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

As avaliações das condições maternas e fetais em casos de pré-eclâmpsia leve são: aferição da pressão arterial de 4/4h durante o dia, pesar a gestante diariamente, pesquisa de sintomas do surgimento de eclâmpsia, cefaléia, distúrbios visuais, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhado ou não de náuseas e vômitos, hiper-reflexia, proteinúria, hematócrito e plaquetas, função renal e hepática. Neste caso não há necessidade de tratamento medicamentoso, deve-se também observar a contagem de movimentos cardio-fetais diariamente, avaliar o crescimento fetal e a quantidade do líquido amniótico. A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se houver alguma mudança nas condições maternas, redirecionando a conduta (BRASIL, 2010).

A eclâmpsia constitui-se em um caso de emergência, a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para um hospital de referência. Enquanto se procede a

transferência, devem-se realizar algumas intervenções como medidas gerais: manter as vias aéreas permeáveis reduzindo o risco de aspiração, realizar a oxigenoterapia; sondagem vesical de demora; acesso venoso calibroso; uso de anti-hipertensivos e anticonvulsivantes (BRASIL, 2006).

Desta maneira, vimos que a redução nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal vão depender de uma assistência qualificada durante o pré-natal, reduzindo os riscos à saúde materna e fetal (MOURA, HOLANDA JÚNIOR, RODRIGUES, 2003).

Segundo o calendário do Ministério da Saúde a assistência do pré-natal deve ser programada de acordo com a função dos períodos gestacionais que determinam riscos maternos e perinatal. Deverão ser realizadas no mínimo seis consultas durante o pré-natal uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2005).

Durante todo o período gestacional é de fundamental importância a assistência do enfermeiro em conjunto com o médico, pois poderá identificar os sinais e sintomas que vierem a surgir e poder prestar os cuidados imediatos (LIMA; PAIVA; AMORIM, 2010).

Os profissionais de enfermagem devem prestar uma assistência, executando-a de forma onde estas forem mais necessárias, estabelecendo os critérios que podem ser mais utilizados para avaliar a eficiência da assistência prestada. (ZIEGEL; CRANLEY 1985, apud NOGUEIRA et al 2010).

O enfermeiro especialista ao prestar sua assistência adequada à gestante de risco poderá evitar as possíveis complicações, orientando-a quanto à alimentação adequada e balanceada, como também a prática de exercícios físicos específicos direcionados à gravidez (FERNANDES; DIAS, [2006]).

3.3 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é um dos distúrbios mais comum que acometem as gestantes, seu diagnóstico se faz por volta da 24ª semana de gestação. Esta doença é caracterizada por hipertensão, proteinúria e/ou edema sendo chamados de tríade da DHEG (FASTENBERG et al 1980 apud PEREIRA, 2000).

Segundo Delascio (1983 apud DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001), a manifestação mais característica dessa doença é a vasoconstrição arteriolar, ocorrendo um aumento da resistência vascular periférica, tendo como consequência a hipertensão.

A perda do plasma para o espaço extravascular é um dos mecanismos compensatórios da hipertensão, resultando no aparecimento de edema. Com a evolução dessa patologia, há um comprometimento da perfusão de vários órgãos, como placenta, rins, fígado, cérebro e pulmões.

A retração do volume plasmático tem como consequência a hemoconcentração, que compromete a velocidade do fluxo sanguíneo, favorecendo a ativação das plaquetas e a coagulação do sangue, a hipercoagulabilidade evidenciada na gravidez normal acentua-se na DHEG (DELASCIO, 1983 apud DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

De acordo com, Zanotti, Zambom, Cruz, (2009), caracteriza hipertensão crônica quando a gestante apresenta quadro clínico de hipertensão ao realizar o exame físico pela primeira vez, através de parâmetros clínicos e exames laboratoriais.

A DHEG é classificada de duas maneiras, a pré-eclâmpsia (hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação, forma não convulsiva) e eclampsia que se manifesta por episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (BEZERRA, et al 2005 apud ANGONESI e POLATO, 2007).

Em gestantes com a pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema, é definida pré-eclâmpsia leve. Já em casos de pré-eclâmpsia grave a pressão arterial apresenta-se com valores maiores ou iguais à 160x110 e com qualquer outro sinal como cefaléia, alterações visuais náuseas, vômitos, dor abdominal, falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria (ZANOTTI, ZAMBOM, CRUZ, 2009).

Quando não houver casos de proteinúria, a doença pode se manifestar por aumento da pressão, acompanhado por cefaléia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2010).

Em casos de gestantes com a pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema, é definida pré-eclâmpsia leve. Já em casos de pré-eclâmpsia grave a pressão arterial apresenta-se com valores maiores ou iguais à 160x110 e com qualquer outro sinal como cefaléia, alterações visuais náuseas, vômitos, dor abdominal, falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria (ZANOTTI, ZAMBOM, CRUZ, 2009).

O quadro clínico de eclâmpsia é caracterizado pela ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia. A conduta tem a finalidade no controle das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos (BRASIL, 2010).

O controle da DHEG está ligado à humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. As condutas devem estar voltadas para a promoção da saúde e a prevenção da doença, dentro do contexto político-econômico, cultural e histórico, no qual a gravidez não é um processo de doença e as intervenções dos profissionais devem aprimorar condutas que tragam bem estar à gestante e garantindo sua segurança e a de seu concepto. (BRASIL, 2010).

3.3.1 Fatores de Risco

A DHEG tem sido mais observada nas primigestas jovens, multiparidade também incide a essa patologia, grávidas portadoras de polidrâmnio e mola, hipertensão crônica e diabetes mellitus, dietas inadequadas com consumo diminuído em proteínas e excesso em sal e carboidratos, grupo sanguíneo AB e gestação geminar (SILVA, 2007).

Segundo Neme (2005) também surgem como fatores de risco tendência familiares ou hereditariedade, obesidade, baixa escolaridade, fatores socioeconômicos e comportamentais, idade maior que 40 anos sendo primigesta.

3.4.2 Manifestações Clínicas

Pré-eclâmpsia leve: ocorre um ganho de peso acima de 450g/semana a partir da 20ª semana de gestação, hipertensão arterial leve de 140 x 90mmHg, proteinúria onde varia de 0,5 a 1,0 g/l em 24 horas, edema em mãos e face (SILVA, 2007).

Pré-eclâmpsia grave: Pressão arterial sistólica de 160 e diastólica de 110 mmHg, ou maior (GOMES, 2007). Valor confirmado após duas medidas com o intervalo de no mínimo 4 horas, proteinúria (300 mg ou mais em urina de 24 horas), anasarca, além desses sintomas também pode ocorrer oligúria (diurese menor que 400 ml por dia), cefaléia, epigastralgia, cianose, edema pulmonar confirmado, algia no hipocôndrio direito, trombocitopenia grave (plaquetas com valores inferior á 100.000/mm³), icterícia e/ou elevação da enzimas hepáticas e crescimento intra-uterino retardado (MARTINS; REZENDE; VINHA, 2003).

Eclâmpsia é a presença de convulsões em uma gestante com pré-eclâmpsia, podendo surgir durante a gravidez, no momento do parto ou até 10 dias de puerpério. A eminência de eclâmpsia caracteriza-se clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrico e hipocôndrio direito. Sendo excluídas epilepsia e outras doenças convulsivantes (MARTINS; REZENDE; VINHA; 2003).

3.4.3 Complicações

As complicações hipertensivas na gestação estão entre as maiores causas de morbimortalidade materna e fetal, onde apresenta em cerca de 10 % de todas as gestantes, sendo mais comuns em nulíparas, gestação múltipla, mulheres hipertensas há mais de 4 anos, história prévia de hipertensão na gravidez e de doença renal e história familiar de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2006).

A DHEG pode ser subdividida em várias complicações sendo: a pré-eclâmpsia leve/modera, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia (NEME, 2005).

Entre as complicações da pré-eclâmpsia além da eclâmpsia estão também a Síndrome de HELLP (comprometimento do fígado, das plaquetas e anemia), descolamento prematuro de placenta, alterações da vitalidade fetal e aumento da mortalidade neonatal (ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ, 2009).

A eclâmpsia é distinguida pelo surgimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulheres em situação de qualquer quadro hipertensivo. Podendo apresentar durante a gestação, no momento do parto, como também no puerpério imediato (BRASIL, 2006).

A eclâmpsia ocorre com o surgimento de distúrbios do sistema nervoso central (cefaléia frontal/occipital, torpor, e alterações do comportamento), problemas visuais (escotomas, visão embaçada) e manifestações gástricas (náuseas, vômitos e dor no hipocôndrio direito ou no epigástrico). Em caso de convulsões, suas causas ainda são desconhecidas. Ocorre também vasoespasmo cerebral com isquemia local, a encefalopatia hipertensiva com hiperperfusão, edema vasogênico e lesão endotelial (MORRISS, 1997 apud PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005).

Para prevenir as complicações da hipertensão gestacional podem-se adotar medidas como: a ampliação da cobertura pré-natal, a preparação dos profissionais que presta a assistência, atenção primária e o diagnóstico precoce das pacientes de alto risco (LIMA; PAIVA; AMORIM, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa possui características do tipo descritiva e exploratória de caráter quantiquantitativa, onde discutiu as concepções das gestantes atendidas em uma Unidade de Referência sobre DHEG, como também conheceu as principais dúvidas das gestantes sobre sua patologia e as repercussões que pode lhe acometer.

Pesquisa é definida como um método formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, tendo como objetivo da pesquisa encontrar respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 2009).

Segundo Richardson (2010), a pesquisa descritiva é realizada quando se pretende descrever as características de um fenômeno. As pesquisas descritivas têm a finalidade na descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Existem vários tipos de estudos que podem ser classificados sob este título, uma de suas características está na utilização de coleta de dados (GIL, 2009).

A pesquisa exploratória não tem conhecimento a respeito de determinado tema e deseja conhecer o fenômeno (RICHARDSON, 2010). Tem o intuito de desenvolver e diferenciar conceitos e ideias, propender à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos futuros, com objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo diante de um determinado fato (GIL, 2009).

O método quantitativo é caracterizado pela quantificação sendo utilizadas nas modalidades da coleta de informações e no tratamento das mesmas empregando técnicas estatísticas. Este método tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem defeito de análise e interpretação, proporcionando uma maior margem de segurança. Já o método qualitativo difere devido não ser utilizado um instrumental estatístico como base do processo de análise, ou seja, não deseja numerar (RICHARDSON, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Materno Infantil (AMI), localizado na cidade de Mossoró-RN. É uma instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS),

que presta assistência à mulher e à criança. É referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no atendimento às gestantes de alto risco.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por gestantes portadoras de DHEG atendidas no AMI, tendo uma amostra de 6 gestantes, utilizando a técnica de amostragem aleatória, que para Gil (2009) é um método básico da amostragem científica, onde consiste em adotar a cada elemento da população um número único selecionando alguns desses elementos de forma casual.

Foram incluídas mulheres grávidas com DHEG independente do nível de escolaridade, religião e nível social, que fizessem o pré-natal no AMI e que tivessem o interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram gestantes que não tivessem o interesse e/ou disponibilidade na pesquisa.

As gestantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será mantido nos arquivos em sigilo durante cinco anos.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para adquirir os dados foi utilizado um roteiro de entrevista, no qual a linguagem deve ser simples com uma maior clareza, objetiva, concisa e coerente. O roteiro tem a finalidade de fornecer informações sobre os resultados da pesquisa com detalhes, onde possa alcançar a sua relevância (MARCONE, LAKATOS, 2007).

Para Gil (2009), as questões devem seguir uma ordem de modo que sirva á favorecer o entrosamento do entrevistado, como também manter o seu interesse na entrevista.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE/RN ao local da pesquisa.

Foi realizada a coleta de dados através de uma entrevista com a aplicação do roteiro, sendo agendadas para o dia de atendimento às gestantes de alto risco no AMI. A entrevista foi gravada em MP4, e em seguida foi transcrita na íntegra. Os dados foram coletados no período de agosto e setembro de 2012.

Antes de iniciar as perguntas, as participantes foram informadas quanto os objetivos e finalidades da pesquisa como também a garantia do sigilo das informações que foram coletadas.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada através do método de pesquisa quantiqualitativo, durante os meses de agosto e setembro. Segundo Richardson (2010), o método quantitativo é utilizado servindo como um guia de pesquisa, garantindo a precisão dos resultados da pesquisa, evita distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança no que se refere às inferências.

O método qualitativo está presente nas informações colhidas por estudos quantitativos, não obstante perde seu caráter qualitativo quando são transformados em dados quantitativos, em tentativa de assegurar a exatidão do plano dos resultados (RICHARDSON, 2010).

A análise do perfil socioeconômico foi realizada por meio de dados estatísticos utilizando gráficos a partir da análise quantitativa.

Nas questões subjetivas foi utilizado a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que segundo Lefèvre e Lefèvre (2006) consente entender e reconstruir a classe dos discursos e argumentação da ideia dos participantes sem modificá-lo, considerando o significado do conteúdo do depoimento. Ocorre um conjunto de procedimentos que enfatiza as expressões chave das falas dos participantes, viabilizando o pensamento em forma de síntese, possibilitando a interpretação para fundamentação dos resultados. Este processo de análise envolve as seguintes etapas:

- ✓ A seleção de expressões chave de cada discurso particular. Essas expressões revelam a essência do contato discursivo;
- ✓ Onde identifica a ideia central de cada expressão chave. Essa idéia foi separada em ideias centrais semelhantes e complementares;
- ✓ A reunião das expressões chave referentes às ideias semelhantes e complementares em um discurso síntese que é o DSC.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi baseada na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos com um interesse colegiado, de natureza consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias no âmbito do Conselho. Sendo também livre de influências corporativas e institucionais. Tendo como características a composição multi e transdisciplinar (BRASIL, [2012]). As informações coletadas serão mantidas em sigilo, mantendo um anonimato para cada pessoa entrevistada.

A pesquisa atendeu a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN 311/2007, que atua de forma a normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, em busca da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional (COFEN, 2012).

Deste modo, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para conhecer melhor a pesquisa.

Não se espera que a participante da pesquisa tenha problema algum em consequência da realização das atividades da pesquisa, pois estes oferecem riscos mínimos considerando-se que os dados serão obtidos através do roteiro de entrevista norteador sobre a temática em estudo e nenhum exame clínico será realizado.

4.8 FINANCIAMENTO

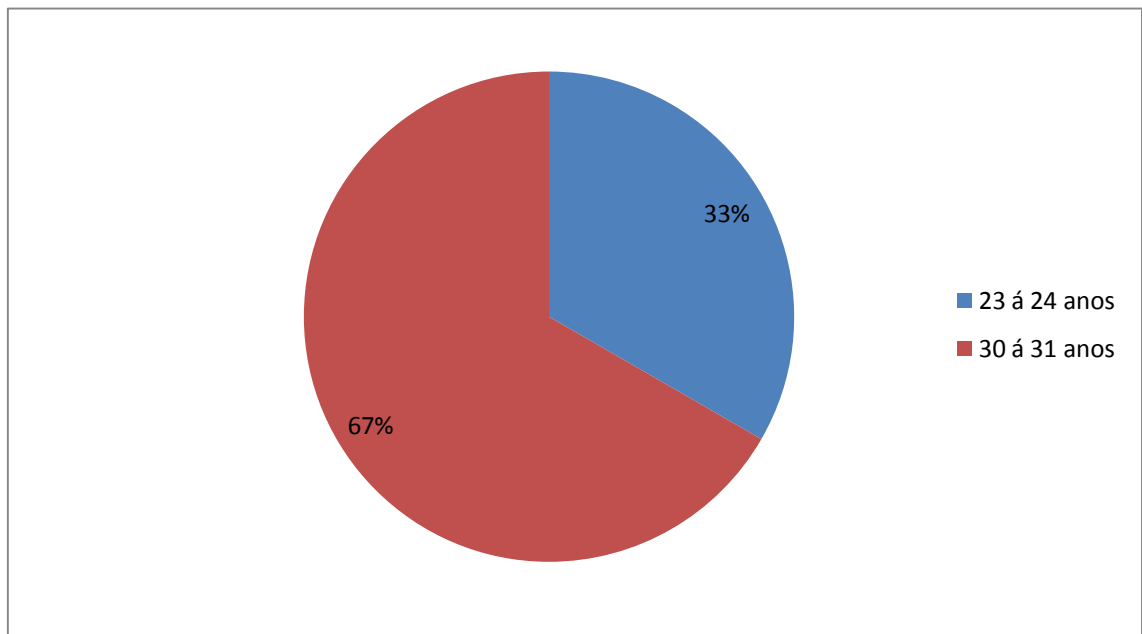
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram da responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança disponibilizou referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação e a discussão dos dados foram obtidas através das respostas das participantes entrevistadas, formado por duas partes: dados gerais das gestantes entrevistadas e dados relacionados à temática, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). Os dados foram apresentados no formato de gráficos, seguidos da análise e discussão, fixando o referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa.

5.1 DADOS GERAIS

Gráfico 1 – Dados referentes à IDADE das participantes da pesquisa. Mossoró-RN



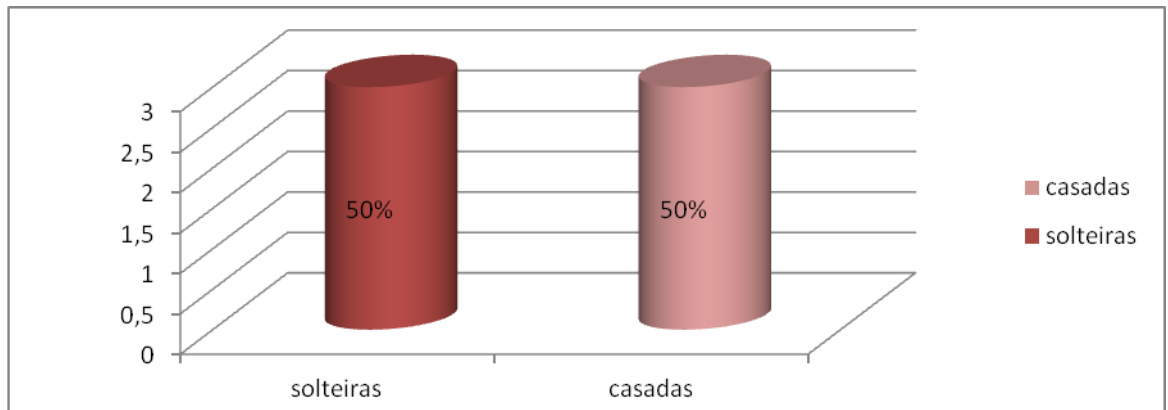
Fonte: Pesquisa de campo (2012).

O gráfico 1 representa a idade das gestantes, onde 33% (2) delas apresentam á idade entre 23 e 24 anos e 67% (4) das gestantes tem de 30 á 31 anos.

Estudos científicos, afirmam que a faixa etária ideal para as mulheres engravidar é de 20 a 30 anos, pois o aparelho reprodutor feminino está desenvolvido e amadurecido para receber o feto e garantir uma gestação mais segura (MADEIRA; 1997, apud REIS, [2010]).

De acordo com Brasil (2011), no que se refere aos municípios de maior porte, constata-se que a faixa etária das mães é de idades mais avançadas do que nos municípios de menor porte.

Gráfico 2 – Dados referentes ao ESTADO CIVIL das gestantes participantes da pesquisa. Mossoró-RN.

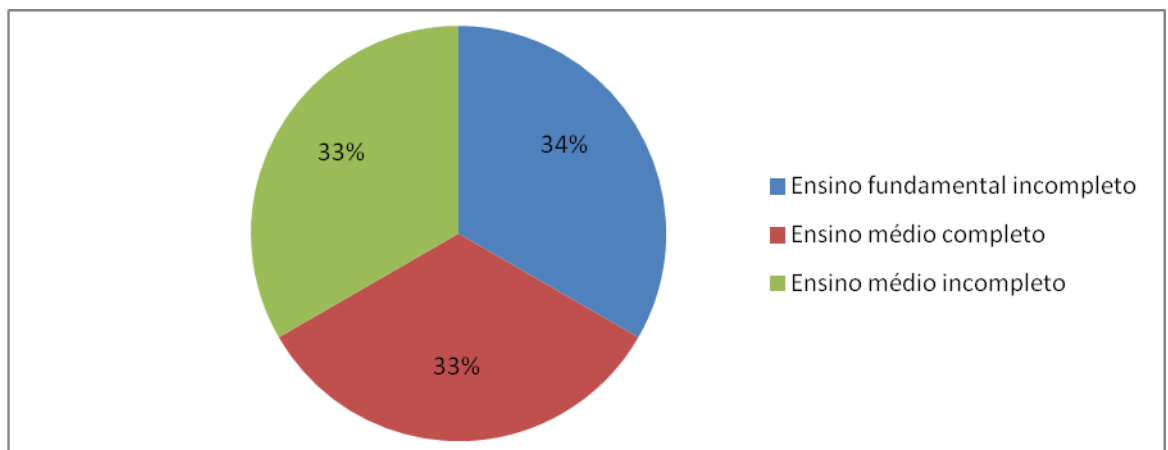


Fonte: Pesquisa de campo (2012).

O gráfico 2 apresenta o estado civil das gestantes, onde mostra que metade delas, ou seja, 50% (3) das entrevistadas referem ser solteiras. Os outros 50% (3) da amostra afirmam serem casadas.

Durante a gravidez, a vida de um casal torna-se diferenciada, no que se refere às adaptações físicas e emocionais. O corpo da mulher passa por alterações hormonais e o homem tenta adequar-se a estas modificações durante o período gravídico puerperal. Estudos científicos apontam que a participação do homem, durante todo o período gestacional da mulher, é de fundamental importância na preparação do exercício da paternidade, dando uma significativa contribuição ao equilíbrio afetivo do casal (COSTA et al, 2005).

Gráfico 3 – Dados referentes à ESCOLARIDADE das gestantes participantes da pesquisa. Mossoró-RN.

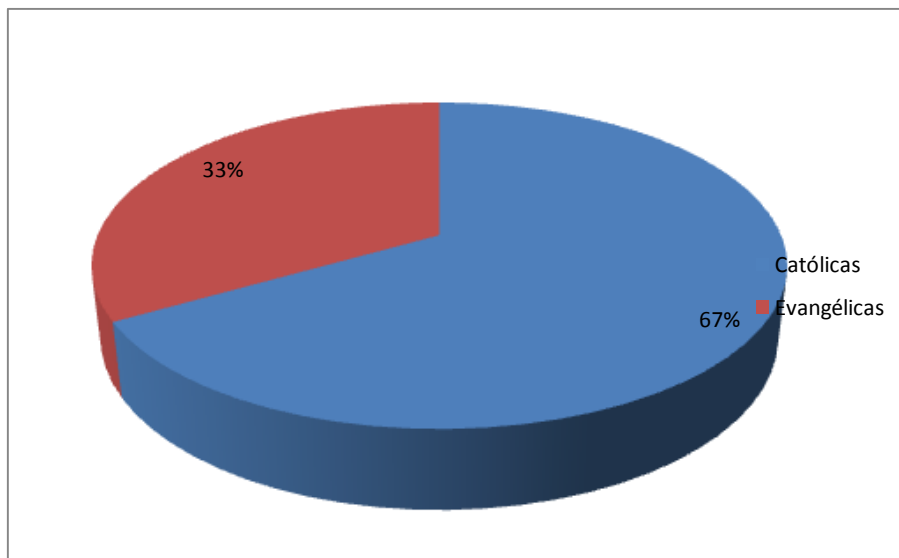


Fonte: pesquisa de campo (2012)

De acordo com os dados do gráfico 3, 34% (2) da amostra da pesquisa apresenta nível de escolaridade baixo, ou seja, as participantes afirmam ter apenas o ensino fundamental incompleto, o que difere dos 33% (2) que possuem ensino médio incompleto, 33% (2) afirmam ter ensino médio completo, tornando o nível de escolaridade mais avançado.

De acordo com Brasil (2011), a escolaridade materna é um dos pontos importantes em estudos sobre fecundidade e mortalidade na infância. No Brasil, o aumento do nível de escolaridade materna tem seguido também o aumento da escolaridade da população. No entanto, observa-se que a escolaridade das mães é muito diferente quando se compara com o porte de cada município. Quanto menor for o município, menor a proporção de mães com 8 anos ou mais de estudo, ou seja, com pelo menos o Ensino Fundamental completo.

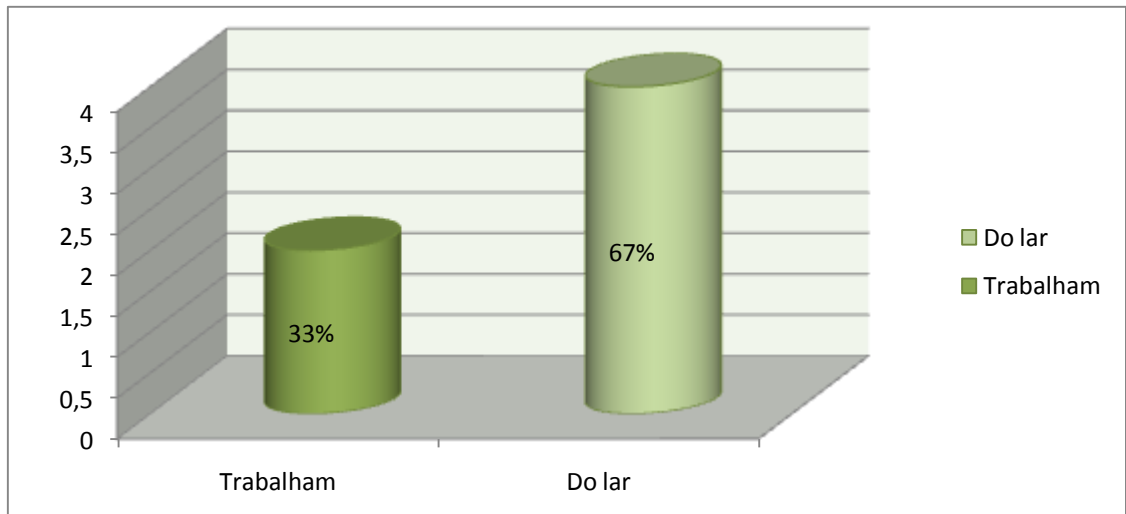
Gráfico 4 – Dados referentes à RELIGIÃO das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Os dados do gráfico apresentado estão relacionados à religião de cada gestante. De acordo com as afirmativas das participantes 67% (4) informam ser de religião católica e 33% (2) da amostra declaram ser de religião evangélica.

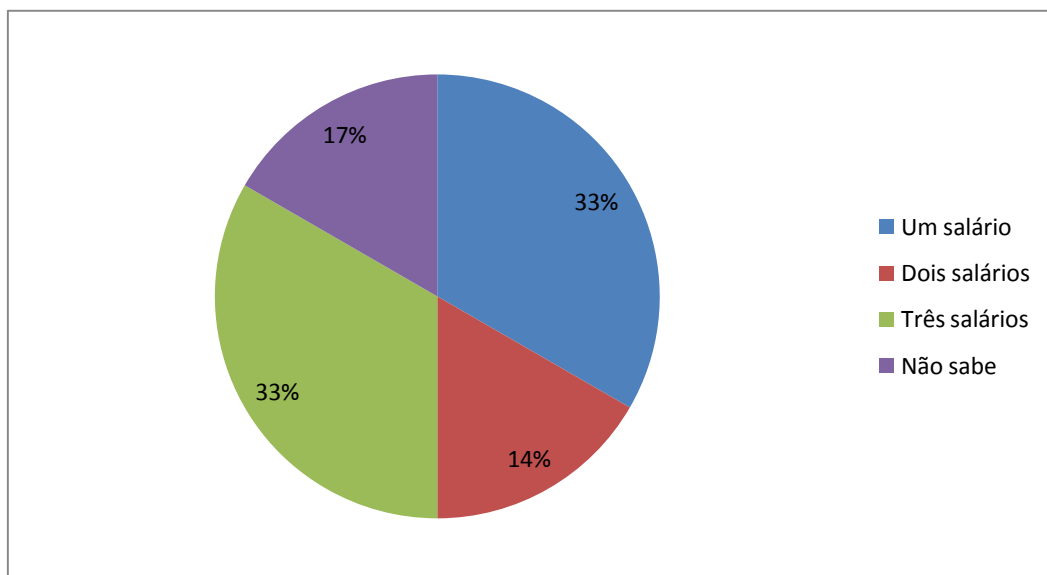
Gráfico 5 – Dados referentes à OCUPAÇÃO das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2012).

No que se refere à ocupação, as participantes afirmam em sua maioria 67% (4) serem do lar, ou seja, não trabalham fora de seu domicílio. Em outra parte 33% (2) informam ter uma ocupação, sendo assim, a minoria da amostra. O gráfico mostra que ainda a um número maior de mulheres que se dedicam somente aos afazeres domésticos e sua família, não tendo uma profissão exata que pode torna-se útil para elas.

Gráfico 6 – Dados referentes à RENDA FAMILIAR das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.

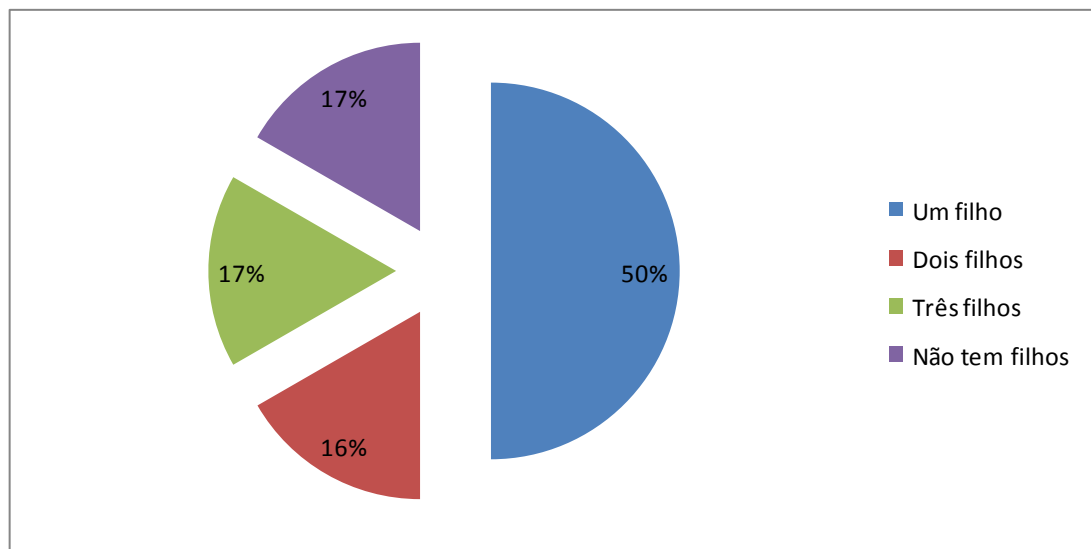


Fonte: Pesquisa de campo (2012).

O gráfico apresenta a renda familiar das participantes, onde 33% (2) das mesmas informam ter sua renda familiar em torno de um salário mínimo, outros 33% (2) coincidiram em falar que seu ganho é em média de três salários, 14% (1) afirmam receber dois salários mínimos, 17% (1) não souberam relatar sobre sua renda familiar.

A situação econômica da gestante pode trazer consequências no período gravídico-puerperal, pois poderá diferenciar diante da qualidade da assistência recebida no pré-natal e puerpério, como apresenta no estudo feito pela Secretaria da Saúde de São Paulo em 1981, onde foi constatado que 30% das gestantes de classe social mais baixa não tiveram uma assistência de pré-natal, já as gestantes de classe econômica mais elevada, apenas 5% não tiveram acompanhamento (BRUNO; FELIX; SALADO, 2009).

Gráfico 7 – Dados referentes à QUANTIDADE DE FILHOS das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



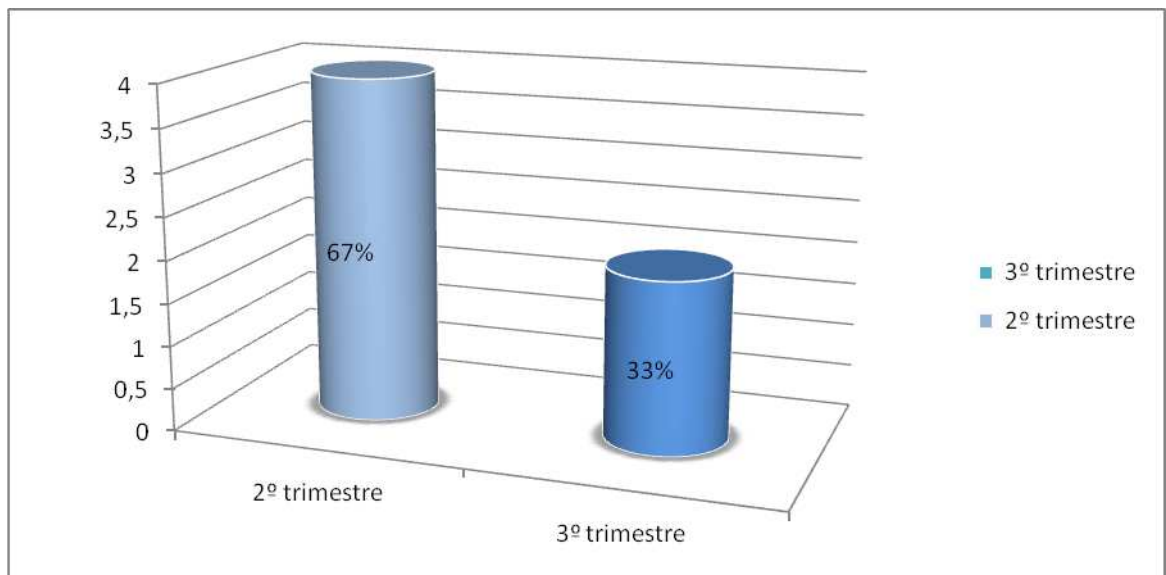
Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Este um gráfico mostra a quantidade de filhos de cada participante. Em sua maioria, 50% (3) informam ter apenas filho, sendo assim sua segunda gestação, já 17% (1) das gestantes afirmam ter dois filhos, outros 17% (1) das mesmas ressaltam ter três filhos e 16% (1) relata não ter filhos, sendo esta sua primeira gestação. Este gráfico mostra que as mulheres estão tendo uma maior precaução no que se refere à gestação, pois nos atualmente existe vários métodos contraceptivos para evitar uma gravidez inesperada.

5.2 DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA

Os dados referentes à temática, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, serão apresentadas utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde estarão dirigidos as questões qualitativas, que foram expressas a partir do procedimento da coleta dos dados, sendo utilizado o roteiro de entrevista. Estes dados serão interpretados de acordo com as características da técnica em que foi escolhida, sendo utilizada a Ideia Central (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Gráfico 8 – Dados referentes à IDADE GESTACIONAL das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Quanto a idade gestacional das gestantes, 67% (4) delas estão no segundo trimestre, ou seja, por volta de 13 a 28 semanas de gestação e 33% (2) afirmaram estar em seu terceiro trimestre que vai de 29 semanas até a hora do nascimento. Torna-se importante esse dado, para saber com quantas semanas de gestação surgiu os primeiros sinais e sintomas da doença, para identificar se realmente esta doença é a DHEG, pois sabe-se que à mesma inicia-se por volta da 20ª semana de gestação.

A idade gestacional é o tempo decorrido desde a concepção até a hora do parto. Por métodos clínicos é impossível determinar o momento da concepção, podendo ser deduzido de maneira indireta a partir da data da última menstruação (DUM). A utilização deste método torna-se mais confiável quando a mãe se recorda das datas das suas menstruações e quanto mais regulares sejam seus ciclos (MARGOTTO, [2000]).

Quadro 1 – IC e DSC referente à questão: onde faz o pré-natal?

Ideia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
AMI e no posto de saúde	<i>No AMI e no centro de saúde, lá perto de casa com a enfermeira [...] No AMI e no Posto de saúde [...] No AMI e lá na Abolição III, eu acompanho com a enfermeira [...] No liberdade II e aqui no AMI [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
AMI	<i>Eu só acompanho aqui no AMI [...] Aqui no AMI [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

De acordo com o que foi abordado no quadro acima, percebe-se que as entrevistadas fazem o seu acompanhamento de pré-natal no AMI e também nas Unidades Básicas de Saúde, visto na idéia central (1 e 2). Pode-se perceber que os serviços de saúde oferecem a tais gestantes um acompanhamento ambulatorial, onde visa tornar mínimas as complicações que podem surgir durante a gravidez em gestantes com a DHEG.

O profissional de saúde ao identificar a patologia pode encaminhar essas gestantes de alto risco para um especialista, prevenindo as complicações decorrentes da gravidez, uma das atribuições do profissional no atendimento a gestante é a consulta de pré-natal (CRUZ, 2011).

É possível observar que o pré-natal é um acompanhamento significativo, de ação preventiva para a gestante, bem como para o feto, no entanto, há uma necessidade que haja uma melhor implementação, garantindo uma diminuição dos óbitos infantis e a prevenção de distúrbios no desenvolvimento infantil (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Quadro 2 – IC e DSC referente à questão: como descobriu a DHEG?

Ideia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Pelos sinais e sintomas	<i>Durante a gravidez eu comecei a sentir muita dor de cabeça [...] Eu descobri por que eu comecei a inchar os pés [...] Eu comecei a passar muito mal, um mal estar muito forte, uma dor de cabeça [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Durante o acompanhamento do pré-natal.	<i>Depois da gravidez quando eu fui pra o médico, a pressão é todo tempo alta [...] Por que na minha primeira gestação eu tive pressão alta, até o pré-eclâmpsia eu</i>

	<i>tive, aí dá outra que eu perdi o bebê eu também tive pressão alta direto, aí dessa já ta começando [...] Por que no acompanhamento com o médico foi sempre subindo, aí me encaminharam prá cá.</i>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Neste quadro pergunta-se como as gestantes descobriram a DHEG. Na ideia central 1 elas relatam que descobriu devido os sintomas presentes, onde justamente seriam os sintomas proveniente de uma doença hipertensiva, sendo assim diagnosticada de DHEG. Já na idéia central 2, parte da amostra afirma que durante a consulta de pré-natal é que foi identificada a doença.

A DHEG, também denominada pré-eclâmpsia caracteriza-se por edema, proteinúria e hipertensão arterial, sintomas conhecidos por tríade. É uma síndrome que surge no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante o final da gravidez, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variável (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005). O diagnóstico prévio da pré-eclâmpsia pode estar prevenindo diversas conseqüências que a gestante pode sofrer com a patologia durante a gravidez (NOGUEIRA et al, [2009]).

Quadro 3 – IC e DSC referente à questão: o que você entende por DHEG?

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Relação com alimentação	<i>Não, assim, só não pode comer muita massa, sal [...] Assim, que o médico falou pra mim, que é uma doença que eu vou ficar tomando remédio durante a gravidez, que eu não posso comer algumas comidas, sal [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Doença com riscos	<i>O pouco que eu entendo é que ela é muito grave, e causa muitas coisas, corre o risco da gente morrer, né, de ter eclâmpsia, infarto, várias coisas [...] É entendo que ela me prejudica muito, pode prejudicar também a saúde do meu bebê [...] Assim eles falaram que não é muito bom a gestante está com a pressão alta por que tem o risco de ter eclâmpsia [...]</i>
Ideia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Não sabe	<i>Eu acho que, num sei, não entendo é só na</i>

<i>gestação, né [...] Não sei [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

No que se refere ao entendimento das participantes da pesquisa sobre a DHEG, as idéias centrais 1 e 2 apontam que as mesmas compreendem a doença abordando os vários riscos que podem acometê-las, outras delas afirmam que a doença pode ocorrer devido a má alimentação, enquanto algumas das gestantes não souberam informar o que seria esta doença. Nota-se que o conhecimento das participantes é mínimo, talvez seja pelo fato de não questionarem sobre a doença durante o acompanhamento no pré-natal ou até mesmo a informação que os profissionais de saúde não lhes oferecem.

Sabe-se que é de extrema importância mantê-las informadas sobre o caso, pois esta doença pode causar agravos à mulher e à criança, ao ter o conhecimento elas poderiam ter alguns cuidados apropriados em seu período gestacional, fazendo com que não existam algumas complicações durante a gestação e seu puerpério.

A gestante com DHEG necessita de uma assistência qualificada, onde serão passadas informações importantes sobre a patologia, o conhecimento torna-se imprescindível para a eficácia do tratamento, portanto, a gestante precisa estar ciente da gravidade da doença, dando importância e adesão ao tratamento para o bom desfecho da gestação. A atenção de qualidade à mulher no ciclo gravídico-puerperal tem um significado importante para uma gestação saudável e a garantia do bem-estar materno e infantil. (BORGES; INDA, 2010).

A assistência do pré-natal é necessária para que o período gestacional evolua com segurança, incluindo neste acompanhamento aspectos fundamentais como: receber com dignidade a gestante e seus familiares periodicamente, prover informações para o entendimento das usuárias e, adotar condutas e procedimentos benéficos para o desenvolvimento saudável da gravidez, parto e nascimento. Com isso, a atenção básica à mulher no ciclo gravídico e puerperal envolve medidas de prevenção e promoção da saúde. (SOUZA, et al, 2007).

A educação em saúde disponibiliza de maneira consistente um bem estar individual e da comunidade, o ensino é sem dúvida um instrumento integrante de fundamental importância, onde deve ser utilizado pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, para cuidar dos pacientes e seus familiares, apropriando um desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predispõem pessoas aos riscos de saúde (ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ, 2009).

Quadro 4 – IC e DSC referente à questão: quais são suas principais dúvidas sobre esta doença?

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Não tem dúvida	<i>Não tenho [...] Não tenho não [...] Tenho não [...] Dúvida eu não tenho [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Medo das consequências	<i>Tenho mais assim medo do que ela pode causar [...] Assim, o que pode acontecer na hora do parto, se a gente pode falecer a criança também [...]</i>
Ideia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Aumento da pressão arterial	<i>Por que eu sempre quando eu tô grávida aumenta mais a minha pressão, fico com minha pressão mais alta [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

No que se refere às principais dúvidas das participantes da pesquisa, na idéia central 1 elas afirmam não ter qualquer dúvida sobre a patologia. Já na idéia central 2 elas abordam a questão do medo o que a doença pode causar durante a gravidez tanto a ela como também áa criança, pois sabe-se que esta síndrome da DHEG pode incidir algum tipo de complicação, não só na gestação mais também no período puerperal.

Na última idéia central as participantes questionam o surgimento da hipertensão durante seu período gestacional e também nas suas gestações subseqüentes. Segundo, Fernandes; Dias (2008), a DHEG, é caracterizada pelo aumento dos níveis da pressão arterial após a 20^a semana de gestação associada à proteinúria e o edema, persistindo durante todo o período gestacional.

Quadro 5 – IC e DSC referente à questão: quais são os principais sinais e sintomas da DHEG?

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Dor de cabeça	<i>Dor de cabeça [...] Dor de cabeça e vômito [...] Eu sinto dor de cabeça, me dar uma dor de cabeça muito forte [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Pressão arterial	<i>Cansada, coisa ruim, aí ta alta [...] uma tontura aí eu já sei que minha pressão ta alta [...] quando eu to com dor de cabeça e vomitando, eu já sei logo que é a pressão [...] Eu pelo menos assim, eu fico com falta de ar quando ta alta fica faltando o fôlego aí eu já sei que é a pressão [...]</i>

Ideia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Não sabe	<i>Não sei [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Neste questionamento, onde fala sobre os sinais e sintomas da doença, as gestantes informam conhecer a sintomatologia a partir do que elas sentem durante sua gravidez, ou seja, o entendimento sobre realmente quais seriam os sinais e sintomas que a doença provoca torna-se insuficiente. Na idéia central 3, é visto que as participantes da pesquisa tem o seu conhecimento sobre a patologia diminuído, no entanto, sabemos a importância da discussão com os profissionais de saúde, abordando o tema para que elas tenham a informação dos riscos e complicações que podem surgir durante sua gestação.

A pré-eclâmpsia tem como indicativo o edema generalizado (parede abdominal, face, região lombosacra e mãos) e o aumento de peso acima de 1kg por semana. Já na eclâmpsia, podem surgir convulsões tônico-clônica. Essas crises começam com o bater das pálpebras ou por um espasmo dos músculos faciais, os olhos estão bem abertos e fixos, as pupilas estão geralmente dilatadas. Em seqüência todo o corpo se enrijece e todos os músculos se contraem e relaxam alternadamente. Após uma convulsão a paciente fica em coma que varia em duração e profundidade. (ZIEGEL E CRANLEY, 1985 apud FRANÇA; VIEIRA, 2012).

Quadro 6 – IC e DSC referente à questão: quais os fatores de risco para o surgimento desta doença?

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Alimentação	<i>Deve ser a comida, né [...] má alimentação [...]</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Obesidade	<i>Eu num sei se é por causa do peso, eu evito comer sal, massa, essas coisas que leva á engordar e prejudique á saúde [...] Obesidade [...]</i>
Ideia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Não sabe	<i>Sei não [...] Não sei não [...] Não sei não [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

No que se refere aos fatores de risco, na ideia central 1 e 2, as gestantes relatam adquirir a doença devido aos hábitos alimentares e também a obesidade, estando à frente de um dos fatores de risco mais importante que pode vir à acometer esta patologia, sabe-

se que realmente são dois fatores que estão fortemente ligados no aparecimento da doença, não sendo os únicos a provocar a DHEG.

No entanto, como foi visto no quadro 5, existe também argumentos diante deste assunto de algumas participantes, que não souberam optar ou informar o que seria esses fatores de risco, ou seja, mais uma vez permanece evidente que as informações não estão sendo repassadas durante o acompanhamento pré-natal, ficando assim essas pacientes sem saber nem ao menos o que realmente está acontecendo em seu organismo durante este período importante de sua vida.

Os fatores predisponentes para o surgimento da doença são: idade (menor que 15 e maior que 35 anos), a raça negra, familiares de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, baixo nível socioeconômico (SOUZA et al, 2007).

Quadro 7 – IC e DSC referente à questão: quais são as complicações da DHEG que podem afetar as gestantes?

Idéia central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Morte	<i>Têm várias, levar á morte né, por que leva mesmo [...] Sei, agente tem o risco até da morte [...]</i>
Idéia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Prejudicar o bebê	<i>Principalmente corre o risco de ter o bebê prematuro [...] É mais assim, durante a gravidez pode a pressão subir muito e prejudicar o feto [...]</i>
Idéia central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Eclâmpsia	<i>Na hora do parto ter uma eclâmpsia [...] pegar uma eclâmpsia, ficar na UTI [...]</i>
Idéia central IV	Discurso do Sujeito Coletivo
Não sabe	<i>Sei não [...] Não, eu sei que é muito complicada [...] Não sei [...]</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2012).

Diante das complicações da DHEG que podem ocorrer durante a gestação, nas idéias centrais 1, 2 e 3, as participantes abordaram bastante a questão da morte, em prejudicar o feto e também a eclâmpsia que pode ocorrer durante este período gestacional ou no momento do parto, as mesmas relatam sentir um certo medo ao falar sobre o assunto, visto que de fato são complicações que podem passar a existir, onde irá prejudicar sua vida ou do seu filho. Já na última idéia central as participantes não souberam relatar quais seriam essas complicações que poderia existir em mulheres com DHEG.

Segundo, ZANOTTI; ZAMBOM; CRUZ (2009), algumas complicações da DHEG, além do risco de eclâmpsia, existe também a síndrome HELLP (comprometimento do fígado, das plaquetas e anemia), descolamento prematuro de placenta, alterações da vitalidade fetal e aumento da mortalidade neonatal.

A pré-eclâmpsia é uma das complicações que envolve as gestantes causando índices de maior morbimortalidade materna e perinatal, onde necessita de uma assistência no pré-natal qualificada por se tratar de uma patologia significativa quanto a sua gravidade (FERNANDES; DIAS, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve todos os objetivos propostos alcançados sem qualquer tipo de intercorrências, visto que, todas as participantes não tiveram nenhum tipo de rejeição em participar da pesquisa.

Identificou-se a situação sócio-econômica da amostra da pesquisa, destacando-se os seguintes pontos: 67% das participantes têm a idade entre 30 a 31 anos, no que se refere ao estado civil mostra que metade delas, ou seja, 50% são casadas e os outros 50% são solteiras, já na escolaridade 34% da amostra tem apenas seu ensino fundamental incompleto, 67% afirmam ser de religião católica sendo assim a maioria das entrevistadas, diante da ocupação das entrevistadas 67% afirmam serem do lar, ou seja, não trabalham especificamente fora de seu domicílio; a renda familiar em 33% das gestantes informam ter sua renda familiar em torno de um salário mínimo, outros 33% afirmam que seu ganho é, em média, de três salários, a quantidade de filhos de cada participante em sua maioria 50% delas informam ter apenas um filho, ao falar da idade gestacional de cada entrevistada em 67% delas relatam está no segundo trimestre, ou seja, por volta de 13 á 28 semanas de gestação.

As gestantes afirmam fazerem seu acompanhamento de pré-natal no AMI e também nas Unidades básicas de Saúde. Pode-se perceber que os serviços de saúde oferecem a tais gestantes um acompanhamento ambulatorial, onde visa prevenir ou tornar mínimas as complicações que podem surgir durante a gravidez em gestantes com a DHEG.

Algumas participantes da pesquisa afirmam compreender a doença, onde relatam os riscos que esta doença pode lhe trazer, outras delas relatam que a DHEG surge devido à dieta não ser devidamente saudável, enquanto algumas das gestantes não souberam informar o que seria esta doença, ou seja, nota-se que o conhecimento das participantes é limitado, talvez seja pelo fato de não questionarem sobre a doença durante o acompanhamento no pré-natal ou até mesmo a falta de informação que os profissionais não repassam para elas.

As principais dúvidas das participantes da pesquisa são medo que a doença pode causar durante a gravidez tanto a ela como também a criança, pois sabe que esta síndrome da DHEG pode incidir algum tipo de complicação, não só na gestação mais também no período puerperal. Ao falar sobre os sinais e sintomas da doença, é visto que nem todas as participantes da pesquisa têm o conhecimento sobre a sintomatologia da

DHEG, no entanto, sabemos a importância da discussão com os profissionais de saúde, abordando o tema para que elas tenham a informação dos riscos e complicações que podem surgir durante sua gestação, e fazer o controle correto de sua pressão arterial sendo medicada adequadamente.

Ao abordar os fatores de risco da DHEG observa-se também que em algumas das entrevistadas não sabem falar sobre o assunto, ou seja, mais uma vez fica evidente que durante o acompanhamento de pré-natal, não é abordado o que realmente é de fato a DHEG, ficando assim essas pacientes sem saber nem ao menos o que está acontecendo em seu organismo durante este período importante de sua vida. Diante das complicações da DHEG que podem ocorrer durante a gestação, as participantes abordaram bastante a questão da morte, em prejudicar o feto e também a eclâmpsia que pode ocorrer durante este período gestacional ou no momento do parto, as mesmas relatam sentir um certo medo ao falar sobre o assunto, visto que de fato são complicações que podem passar a existir, onde irá prejudicar sua vida ou do seu filho.

A gestante com DHEG necessita ter um acompanhamento rigoroso durante toda sua fase gestacional, onde deverão ser passadas todas as informações importantes sobre a doença, no entanto, é notável que durante este acompanhamento não existe um diálogo das pacientes com o profissional de saúde, é necessário trabalhar a educação em saúde com essas gestantes disponibilizando o ensino consciente. O conhecimento nesta fase torna-se indispensável ela precisa estar ciente da gravidade da doença, pois ao estarem bem informadas elas irá dar mais importância à patologia seguindo corretamente as orientações que serão passadas e principalmente seguindo o tratamento.

A educação em saúde deve ser utilizada por todos os profissionais de saúde, sendo passada as informações não só à gestante, mas também aos seus familiares modificando os padrões de estilo de vida que colocam em risco sua gestação. A atenção prestada à gestante tem um significado importante para uma gravidez saudável, garantindo o bem-estar materno e infantil.

Através deste, espera-se que a temática da DHEG seja mais discutida no meio acadêmico e que os serviços de saúde retomem sua responsabilidade em atender as gestantes de forma integral.

REFERENCIAS

ALMEIDA, C.M. As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 411 out./dez. 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000400020>> Acesso em: 17 abr.2012

ALVES, Viviane Moreira et al. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 1, p. 70-75, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a11v19n1.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2012.

AMORIM, Norma Doracy Monteiro. “**Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos**” 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/avaliacao-de-implementacao-das-acoes-de-controle-da-gestacao-de-alto-risco-cuidados-a-gestante-com-doenca-hipertensiva-especifica--%5B104-200511-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 25 abr.2012

ANGONESI, Janaina; POLATO, Angelita; Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Incidência à evolução para a Síndrome de Hellp. **RBAC**. Maringá. v. 39, n. 4, pág. 243-245, maio 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_04/rbac_39_04_01.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

BENZERY Roberto, **Tratado de obstetrícia Febrasgo**. Rio de Janeiro: editora Revinter, 2001.

BORGES, Jolçueider Dayane de Moura; INDA, Luís Fernando. **Compreensão de gestantes acerca da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a adesão ao tratamento**. Uruguaiana, 2010. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/BORGES-J.-D.-M.-INDA-L.-F.-Compreens%C3%A3o-de-gestantes-acerca-da-pr%C3%A9-ecl%C3%A2mpsia-ecl%C3%A2mpsia-e-a-ades%C3%A3o-ao-tratamento.pdf>> Acesso em: 20 nov 2012

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual Técnico Gestão de Alto Risco**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/gestao.htm>>. Acesso em: 28 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestante de Alto Risco**. Brasília, 2001b. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/061.pdf>. Acesso em: 02 maio 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Manual Técnico. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 09 maio 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf> Acesso em: 28 mar. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Conversando com as gestantes**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/conversando_gestante%5B1%5D.pdf> Acesso em 28 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Gestação de Alto Risco**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **"Efetivando o Controle Social"**. Brasília, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html Acesso em: 18 abr. 2012

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Brasil saúde 2012: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 21 nov2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução COFEN nº 311/2007. **Dispõe sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <[Http://www.coren.sc.org.br/documentacao2/res:311/07pdf2](http://www.coren.sc.org.br/documentacao2/res:311/07pdf2)> Acesso em: 08 abr.2012.

COSTA, Ana Maria; GUILHEMB, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento as gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de saúde pública**, Brasília, v. 39, n 5, p. 769, 2005. Disponível em:<www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 18 abr. 2012

COSTA, Maria Conceição Oliveira, et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciênc. saúde coletiva**. 2005; v.10 n.3 p.719-727. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300028>. Acesso: 23 nov 2012.

CRUZ, S.C.C. **Papel dos enfermeiros frente às gestantes na doença hipertensiva específica da gravidez**. 2011. Disponível em: <<http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.>> Acesso em 20 nov 2012.

DUSSE, Luci Maria Sant'Ana; VIEIRA, Lauro Mello; CARVALHO, Maria das Graças. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da

gravidez (DHEG). **Jornal Brasileiro de Patologia**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, pág. 267-272, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v37n4/a08v37n4.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.

BRUNO, Isabelle Rodrigues; FELIX, Rita de Cássia; SALADO, Gersislei Antonia. Relação da condição socioeconômica de gestantes e seus hábitos alimentares e possível influência no peso ao nascer. In: Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 6., Maringá, 2009. **Anais...** Maringá: Centro Universitário de Maringá, 2009. Disponível em: <http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/izabelle_rodrigues_bruno.pdf>. Acesso: 22 nov 2012

FERNANDES, Priscilla Mayara Alves; DIAS, Claudia. **Consulta de enfermagem: um diferencial para prevenção das complicações da DHEG no pré-natal de alto-risco**. Disponível em: <Fatal error: Call to a member function query() on a non-object in /var/www/seer/inicia/ojs/include/session.inc.php on line 124>. Acesso em: 12 jun 2012

FIEWSKI, Marlei Fátima Cezarotto. **Trabalho Feminino Industrial e Gravidez: Avaliação dos fatores de risco e seus impactos à saúde e ao processo de trabalho**. Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PEPS2800.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2012.

FRANÇA, Ana Paula Herrera; VIEIRA, Neyriane Thaynara dos Santos. **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)**. 2012. Disponível em: <http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=376:doenca-hipertensiva-especifica-da-gravidez-dheg-&catid=39:blog&Itemid=65> Acesso em: 16 nov. 2012

GIL, Antonio Carlos, **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: editora Atlas, 2009.

GOMES, Ivan Lourenço. **Enfermagem Materno-Neonatal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan. 2007.

GONÇALVES, Roselane; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; SOBRAL, Danielle Henriques. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v.58, n.1, p. 61-64, jan./feb. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100011>> . Acesso em: 25 abr. 2012

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, **Fundamentos de Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: editora atlas, 2007.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. **O sujeito coletivo que fala**. Interface-comunic, saúde, educ, v.10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LIMA, Èrica Mayara Alves; PAIVA, Ferreira Luciana; AMORIM; Rosely Kalil de Freitas Castro Carrari. Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v.28, n.2, p.151-153,

2010. Disponível em:

<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p151-154.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012

MARGOTTO, Paulo Roberto. **Avaliação da idade gestacional**. [2000]

Disponível em: [www.paulomargotto.com.br/.../Avaliacao Idade gestacional.doc](http://www.paulomargotto.com.br/.../Avaliacao_Idade_gestacional.doc). Acesso em 16 nov 2012.

MARTINS, Cleusa Alves; REZENDE, Leilinéia Pereira Ramos; VINHAS, Dayane Cristina Silva. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 49 – 55, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em 02 mar. 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE, Jorge Filho. **Obstetrícia Fundamental**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, Pág. 250-255 Fortaleza, 2010. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../11650> Acesso em : 22 abr. 2012

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; HOLANDA JUNIOR, Francisco; RODRIGUES; Maria Socorro Pereira. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1791-1799, nov./dez. 2003
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n6/a23v19n6.pdf>>. Acesso em: 18 abr.2012

NEILA; Reis. **Perfil de adolescentes grávidas atendidas na unidade de saúde da família maria justina de Jesus**. [2010]. Disponível em:

<www.esater.com.br/.../ARTIGO%20SOBRE%20GESTANTES.pdf> Acesso: 20 nov 2012

NEME, Bussâmbara. **Obstetrícia Básica**. 3.ed. São Paulo: editora Sarvier, 2005.

NOGUEIRA, Bartira et al. Assistência de Enfermagem as Gestantes com Pré-eclâmpsia. **Saúde e Beleza**. Nov. 2010 Disponível em:

<<http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-as-gestantes-com-pre-eclampsia/51359/>>. Acesso em: 22 jun 2012.

NOGUEIRA, Isis Dayane Sales, et al. **Assistência de enfermagem direcionada para gestantes com pré-eclâmpsia**. [2009]. Disponível em:

<www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF16.10.pdf>. Acesso: 20 nov 2012

OLIVEIRA, Sonia M. Junqueira V.; ARCURI, Edna Aparecida Moura. Medida da pressão arterial em gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p. 49, jul. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000300008>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1), p.25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2012

PERAÇOLI, José Carlos; PARPINELLI, Mary Angela. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 10, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

PEREIRA, Maurício B. Videoangiografia digital com a fluoresceína sódica e indocianina verde na doença hipertensiva específica da gestação. **ARQ. BRAS. OFTAL.** v . 63, n. 1, Fev. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v63n1/13599.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2012.

REIS; Guilherme F F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 43, n. 1, pag. 3-9, jan./fev., 1993. Disponível em: <lasm.com.br/.../Alterações%20Fisiológicas%20Maternas%20na%20G...>. Acesso em: 26 mar. 2012

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: editora atlas, 2010.

SCHNEIDER, Alessandra.; RAMIRES, Vera Regina. **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública.** Unesco, Brasília, Novembro, 2007. Disponível em <www.brasilia.unesco.org/publicacoes/livros/PIM> Acesso em: 17 nov. 2012.

SILVA, Viviane Caetano. **Os conhecimentos adquiridos pelas gestantes assistidas pelos enfermeiros da estratégia da saúde da família sobre as alterações fisiológicas durante a gestação.** Dourados, 2009
Disponível em: <http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-31_15-47-08.pdf> Acesso em: 18 mar. 2012

SILVA, Janize C. **Manual de obstetrícia: guia prático para a enfermagem.** 2.ed. São Paulo, editora Corpus, 2007.

SOUZA, Alex R. et al. **Tratamento anti hipertensivo na gravidez.** Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/1/077-084.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

SOUZA, Ianaria C et al. Alterações corporais e psíquicas durante a gestação. **Saúde e Beleza.** 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/alteracoes-corporais-e-psiquicas-durante-a-gestacao/16067/>>. Acesso em 04 abr. 2012

SOUZA, Nilba L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Rev. de Saúde Pública**, 2007; v.41, n.5, p.704-710. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965.pdf>>. Acesso 20 nov 2012.

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.2, p.30-32, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2012

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.1021-1034, mai, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2012.

ZANOTTI, Daniela Cristina; ZAMBOM, Aline; CRUZ, Helen Cristina Ferrato. **Orientação de enfermagem na educação em saúde á gestantes com doença hipertensiva especifica da gestação - DHEG.** São-Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.unisaesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezada Sra,

Esta pesquisa tem como título “Doença Hipertensiva Específica da Gravidez: concepções das gestantes atendidas em uma unidade de referência”. Está sendo desenvolvida por Luzia Sebastiana Alcileide de Moraes Avelino (Pesquisadora Participante), aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE-RN sob a orientação da professora Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (Pesquisadora Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: analisar as concepções das gestantes atendidas em uma unidade de referência sobre Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; identificar a situação sócio-econômica das gestantes participantes da pesquisa; conhecer as principais dúvidas a respeito da DHEG na concepção das gestantes participantes da pesquisa; averiguar o conhecimento das gestantes participantes da pesquisa sobre as complicações da DHEG.

A realização dessa pesquisa conta com a participação, desta forma solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente á liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito desistir da mesma a qualquer momento, sem dano algum.

Os dados serão coletados através de uma entrevista que será gravada, elaborada com perguntas referentes á temática pesquisada; e que posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional e internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente aos participantes.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelas as pesquisadoras. E estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa. No entanto, sua contribuição será de grande valia, pois essa pesquisa terá relevância para diversas áreas de conhecimento, assim como contribuirá para realização de outras pesquisas. Além disso, esses conhecimentos poderão ser repassados para a população, responsável em grande parte, pelos anseios que se

desenvolvem na gestante, pois através de seus mitos, crendices e conhecimentos populares influenciam no desenvolvimento gestacional.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

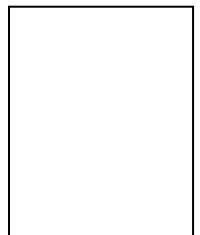
Eu, _____
_____, RG _____ concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, q que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que receberei uma copia deste documento, assinado por mim e pela pesquisadora.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2012

Professora Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins
(Pesquisadora Responsável)

Participante da pesquisa (testemunha)



APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Doença Hipertensiva Específica da Gravidez: concepções das gestantes atendidas em uma unidade de referênciaPARTE I: DADOS SOCIOECONÔMICOS DAS GESTANTES ENTREVISTADAS
COM DHEG


- a-) Idade: _____
- b-) Estado civil: _____
- c-) Escolaridade: _____
- d-) Religião: _____
- e-) Ocupação: _____
- f-) Renda Familiar: _____
- g-) Filhos: Sim() Quantos _____ Não ()

PARTE II: DADOS RELACIONADOS A TEMÁTICA

- a-) Idade gestacional: _____
- _____
- b-) Onde faz o pré-natal?
- _____
- _____
- c-) Como descobriu a DHEG? _____
- _____
- d-) O que você entende por DHEG? _____
- _____
- e-) Quais são suas principais dúvidas sobre esta doença? _____
- _____
- f-) Quais são os principais sinais e sintomas da DHEG? _____
- _____
- g-) Quais os fatores de risco para o surgimento desta doença? _____
- _____
- h-) Quais são as complicações da DHEG que podem afetar a gestante?
- _____

ANEXO


ANEXO A - Certidão ao CEP



**FACENES
FAMENE**

**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 13 de Setembro de 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **"DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ: CONCEPÇÕES DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA"**, protocolo número: 114/12, CAAE: 07617912.6.0000.5179, da orientadora: **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martin** e dos pesquisadores participantes: **Luzia Sebastiana Alcileide de Moraes Avelino, Joseline Pereira Lima, Karla Simões Cartaxo Pedrosa.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 25 de Setembro 2012

Escola de Engenharia Nova Esperança LTDA
(CNPJ nº 07.000.000/0001-00)
Maria do Socorro Gadelha Walter
Titular do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Kassini Ferreira da Silva Mendes
Secretária CEP - Facene/Famene

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777