

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NA MACRORREGIÃO DE
PICOS-PI**

PICOS-PIAUI

2015

MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NA MACRORREGIÃO DE
PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Dayze Djanira Furtado de Galiza.

PICOS-PIAUI

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

B273p Barreto, Maryanna Tallyta Silva.
Perfil epidemiológico de mulheres acometidas por síndrome hipertensiva específica da gestação na macrorregião de Picos-PI / Maryanna Tallyta Silva Barreto.– 2015.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (53 f.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.
Orientador(A): Profa. Me. Dayse Djanira Furtado de Galiza.

1. Pré-Natal-Enfermagem. 2. Hipertensão-Gravidez.
3.Eclâmpsia. I. Título.

CDD 618.3

MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR SÍNDROME
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO NA MACRORREGIÃO DE
PICOS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da Aprovação: 01/07/19

BANCA EXAMINADORA:

Dayse Djanira Furtado de Galiza
Prof.^a Me. Dayse Djanira Furtado de Galiza
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
Presidente da Banca

Francisca Tereza de Galiza
Prof.^a Me. Francisca Tereza de Galiza
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
1º Examinador (a)

Valéria Lima de Barros
Prof.^a Me. Valéria de Lima Barros
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
2º Examinador (a)

Dedico este trabalho à minha família, especialmente à minha amada e querida mãe, que sempre me amou incondicionalmente, apoiou e acreditou em meu potencial, mesmo quando ninguém mais acreditava, nunca me deixando desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **DEUS**, por todas as dádivas e glórias alcançadas em minha vida. Nos momentos mais difíceis dessa caminhada, pude sentir sua presença me guiando e protegendo, fazendo com que eu sempre seguisse em frente. Obrigada, também, pelas pessoas maravilhosas que colocaste em minha vida e pelo maior presente que me destes, minha mãe.

À minha **mãe, Ernesta de Sousa Silva Barreto**, por ser minha heroína durante toda minha vida, por sempre me apoiar, ensinar o caminho do bem, com dignidade e respeito ao próximo. Uma mulher guerreira, batalhadora e forte, lhe agradeço por ser meu anjo, **TE AMO**.

Ao meu pai, **Raimundo José Barreto Neto**, por me ensinar que a vida é dura e ao meu **irmão Tony Francis José Silva Barreto**, por bons momentos que passamos juntos.

Aos meus queridos **familiares**, e em especial os que sempre me apoiaram: minha **madrinha Maria Clara**, por sempre me incentivar nos meus estudos; **prima Joelma Alves**, por sempre me ajudar, escutar e aconselhar.

À minha querida madrinha. **Nazinha e tia Latife Cury**, por serem exemplos de mulheres batalhadoras, que sempre estão prontas pra ajudar ao próximo.

À minha **vó postiça, Julia** (*In memoriam*), que sempre cuidou de mim desde pequena e me fez de sua família, a qual foi muito importante na minha criação e formação como pessoa.

Ao meu **namorado, Leonardo Pereira**, que sempre me apoiou e acreditou que eu sou capaz de realizar meus sonhos, obrigado pelo carinho, preocupação, cuidado com que sempre me trata. E a sua família, que sempre me acolheu.

Aos meus **amigos de infância** e àqueles que a vida me apresentou depois.

Aos laços de amizade criado na Universidade, especialmente **Janikele Ferreira**, que se tornou minha irmã de coração; **Luís Marcos, Izabel Cristina, Taiala, Laercio Leal, Kássia Santos, Kelliane Moura, Ingrid Guedes, Juliane Diagines, Thiago Madeira, Roseanne Nobre**, que se tornaram minha família da UFPI.

Ao projeto de extensão “**+Sorriso+Saúde**”, pelo aprendizado e crescimento profissional, onde entendi que o cuidado ao paciente não se resume apenas em realizar procedimentos, mas também proporcionar conforto e trazer o sorriso e alegria a quem mais precisa.

À minha orientadora, **Profa. Me. Dayze Djanira Furtado de Galiza**, por ser sempre disponível, atenciosa e dedicada. Uma profissional excelente, com quem aprendi muito. Desde a sua primeira aula de Saúde da Mulher, soube que era essa área que queria seguir, e tive sorte de tê-la como orientadora. Sei que não foi fácil, mas sem seus ensinamentos não teria chegado à concretização deste sonho.

Às **Profa. Me. Francisca Tereza de Galiza, Profa. Me. Valeria Lima Barros e Profa. Sery Neely Santos Lima Cruz**, por serem pessoas maravilhosas, exemplos de profissionais, sempre solícitas e prontas para ajudar seus alunos. Agradeço por aceitarem fazer parte da minha banca e por todas as contribuições propostas.

Aos demais professores da UFPI, pelo imenso aprendizado.

Sem todos vocês eu não teria conseguido chegar até aqui. Meu Muito Obrigada!

“Senhor fazei-me instrumento de vossa paz...”
(Oração de São Francisco)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico das gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.....	25
Tabela 2.	Perfil gineco-obstétrico de gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.....	27
Tabela 3.	Realização de consultas pré-natal pelas gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.....	28
Tabela 4.	Fatores de riscos e complicações maternas associadas as Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabetes Mellitus
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Eclâmpsia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GC	Grupo Controle
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HG	Hipertensão Gestacional
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PE	Pré-eclâmpsia
RN	Recém-nascido
SAME	Serviços de Atendimento Médico e Estatística
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal

RESUMO

O principal objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por Síndromes Hipertensiva Específica da Gestação na Região do Vale do Rio Guaribas. Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido analisados 370 prontuários de gestante que deram entrada no hospital de referência do município de Picos-Piauí entre os anos 2009 a 2013 com diagnóstico inicial de Síndromes Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), Pré-eclâmpsia (PE) e Eclâmpsia (EC). A coleta de dados foi realizada através de um formulário elaborado pela a autora, e os dados coletados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A Pré-eclâmpsia destacou-se como a principal intercorrência hipertensiva encontrada, com 77,3% dos casos. As mulheres foram caracterizadas em sua maioria, com média de idade de 23,6 anos, sendo que em relação ao estado civil 63,0% tinham parceiros fixos, a profissão mais citada foi a de lavrador (87,6%), já a cor da pele predominante foi à parda (87,0%), apresentaram baixa escolaridade, onde 32,2% destas cursaram apenas até o ensino fundamental incompleto, os municípios de residência de maior representatividade foram Pio IX (9,5%), Itainópolis (8,9%) e Monsenhor Hipólito (6,5%). No que diz respeito à história gineco-obstétrica, 82,2% dos antecedentes pessoais foram ignorados, ocorrendo partos cesáreos excessivos (93,5%) e havendo poucos abortos (10,8%). Boa parte dos fatores de risco e complicações referentes à SHEG foram ignoradas, estando a primiparidade (73,8%) como um dos poucos fatores de risco, que se teve registro. Sendo que 95,7% destas realizaram o acompanhamento pré-natal, assim 46,7% fizeram de uma a seis consultas e 48,9% sete ou mais. Por fim, espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam embasar melhorias na assistência das gestantes com SHEG, PE e EC, aumentando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o perfil e os principais fatores desencadeantes destas enfermidades, e a consequente melhora do atendimento pré-natal, para minimizar riscos, como também tratar as doenças já existentes.

Palavras-chave: Hipertensão Induzida pela Gravidez. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. Pré-natal. Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to trace the epidemiological profile of women affected by syndromes Hypertensive Specifies the pregnancy in the region of Vale do Rio Guaribas. It is a descriptive study, cross-sectional and quantitative approach approved by the Research Ethics Committee and was analyzed 370 medical records of pregnant women received at the referral hospital in the city of Picos, Piauí between the years 2009 to 2013 with diagnosis Specifies initial syndromes Hypertensive of Gestation (GHS), pre-eclampsia (PE) and Eclampsia (EC). Data collection was conducted through a form prescribed by the author, and the data collected were tabulated and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. The Preeclampsia stood out as the main hypertensive complications found, with 77.3% of cases. Women were characterized mostly, with a mean age of 23.6 years, and in relation to marital status 63.0% had steady partners, the most frequently cited occupation was farm worker (87.6%), already the predominant ethnicity was to brown (87.0%) had low education, where 32.2% of them attended only to the elementary school, the most representative residence municipalities were Pius IX (9.5%), Itainópolis (8.9%) and Bishop Hippolytus (6.5%). With regard to gynecological and obstetric history, 82.2% of personal history were ignored, occurring excessive cesarean deliveries (93.5%) and with few abortions (10.8%). Much of the risk factors and complications related to the GHS were ignored, being primiparity (73.8%) as one of the few factors rich, which had record. Since 95.7% of these underwent the prenatal care, and 46.7% had one to six visits and 48.9% seven or more. Finally, it is expected that the results of this study can support improvements in the care of pregnant women with GHS, PE and CE, increasing knowledge of health professionals about the profile and the main triggers of these diseases, and the consequent improvement of care prenatal care, to minimize risks, as well as treat existing diseases.

Keywords: Hypertension Induced by Pregnancy. Preeclampsia. Eclampsia. Prenatal care. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específico.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Gestação.....	17
3.2	Intercorrências Durante a Gestação.....	18
3.3	Eclâmpsia	20
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Local e período de realização.....	23
4.3	População e amostra.....	24
4.4	Coleta de dados.....	24
4.5	Análise dos dados.....	25
4.6	Aspectos éticos e legais.....	25
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	44
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	45
	APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário.....	46
	ANEXOS	47
	ANEXO A – Carta da Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	48
	ANEXO B – Autorização Institucional.....	51
	ANEXO C – Termo de Anuência.....	52

1 INTRODUÇÃO

Espera-se que uma gestação aconteça sem intercorrências, tendo uma evolução calma e tranquila, podendo ser caracterizadas como um estado de boa saúde da mulher e do feto. E que a gestante apresente todos os seus sinais vitais (SSVV), taxas metabólicas e resultados de exames com seus parâmetros normais, progredindo assim para um parto normal em até 40 semanas depois da fecundação. Porém, algumas gestantes podem apresentar complicações, com o risco de progredir para morbidade, mortalidade materna e fetal, dentre as quais se destaca a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). Por este motivo, o acompanhamento da gestante durante toda a gravidez, por uma equipe de saúde capacitada para diagnosticar possíveis agravos de saúde e prestar atendimento necessário, torna-se importante para diminuir os casos que acometem o binômio materno fetal e nesses casos percebe-se a importância do acompanhamento pré-natal.

A mortalidade materna constitui-se em grave violação dos direitos reprodutivos da mulher, visto que, grande parte dos óbitos maternos é evitável, quando oferecida assistência pré-natal de qualidade, possibilitando a identificação precoce dos fatores de risco (AMARAL; PERAÇOLI, 2011). Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, sendo o número ideal de consultas igual ou superior a seis. Estas consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, assim com uma frequência adequada das consultas, as gestantes tem maior probabilidade de receber um bom atendimento e assim um pré-natal de qualidade (BRASIL, 2012a). Apesar disso, fatores relativos à assistência inadequada, seja no pré-natal ou na condução do parto, podem culminar em óbito ou sequelas definitivas para a mãe e o concepto (SANTOS et al., 2012).

Nos desfechos desfavoráveis para a gestação pode ocorrer enumeras agravos como: abortamento, gravidez ectópica, mola hidratiforme, trabalho de parto prematuro, oligodrâmnio, polidrâmnio e Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) ou ainda Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) entre outros (BRASIL, 2010a).

Assim havendo duas formas de hipertensão que podem complicar a gestação: hipertensão preexistente (crônica) e hipertensão induzida pela gestação que é a pré-eclâmpsia (PE) e eclâmpsia (EC), que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada. Sendo a eclâmpsia uma das principais causas de morte materno fetais no Brasil (BRASIL, 2010a). De acordo com Amadei; Merino (2010), as SHEG permanecem como um problema de saúde pública, enfatizando o desenvolvimento de estratégias de atendimento como diagnóstico

correto, acesso ao atendimento de saúde, monitoração da pressão arterial e seguimento farmacoterapêutico, segundo as características de cada paciente.

A causa da hipertensão gestacional (HG) é desconhecida, bem como a patogênese de suas manifestações. A pré-eclâmpsia é uma complicação específica das gestantes, onde apresenta hipertensão arterial, geralmente na segunda metade da gestação, após a 20^a semana. Pode ser precedida por edema visível ou oculto, revelado pelo aumento brusco do peso corporal e, ainda, por proteinúria grave e elevação da pressão arterial, além de 140/90 mmHg, com pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg, cefaleia intensa, turvação visual, oligúria, dor em porção superior do abdome e edema pulmonar. Sendo que a eclâmpsia se caracteriza por convulsão e/ou perda de consciência relacionado ao quadro de pré-eclâmpsia (HADDAD; CECATTI, 2011).

Assim a eclâmpsia apresenta convulsões tonico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva, podendo ocorrer durante a gravidez, no parto e no puerpério imediato (BRASIL, 2010a). Os principais fatores de risco para desenvolvimento dessa morbidade são, história familiar de pré-eclâmpsia, como também pré-eclâmpsia em gestações anterior, gemelaridade, obesidade, nuliparidade, mãe ser portadora de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial crônica (HAC) e idade materna elevada (DALMÁZ et al; 2011).

Dados importantes sobre as principais causas específicas de mortalidade materna no Brasil apontam para hipertensão gestacional e hemorragias, sendo que entre 1990 à 2010 houve uma queda de 66,0% no risco de morte por hipertensão em gestantes, onde o índice de mortalidade materna vem decaindo gradativamente, pois em 1990, teve representatividade de 40,6%, já em 2000 foi de 21,5% e em 2010 apenas de 13,8%. Podendo ser destacado ainda a mortalidade materna entre as adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que em 2010, tiveram 15,9% de diferentes causas de morte, em especial a HG, sendo que em 2000 e 2010, o número de mortalidade das adolescentes por hipertensão, foi de 72,0% e 52,0%, respectivamente (BRASIL, 2012b).

Ademais, percebe-se a importância em avaliar o aspecto das gestantes e entender os principais fatores de risco desencadeadores da eclâmpsia. Diante disso, faz-se necessário investigar o perfil epidemiológico de mulheres acometidas pela SHEG nos municípios que compõem a macrorregião do Vale do Rio Guaribas, pois Picos atende toda essa demanda. A partir dos resultados, espera-se melhorar a abordagem à gestante, possibilitando o estabelecimento de ações mais específicas a essa clientela, para evitar o surgimento de complicações durante o período gestacional.

Devido à grande incidência dessa patologia, é importante que os profissionais de saúde conheçam os fatores de riscos prevalentes e saibam fazer um bom acompanhamento pré-natal, para melhor atender as gestantes, de tal modo que este estudo fornecerá contribuições para a equipe de saúde, principalmente ao enfermeiro, profissional que tem maior contato com a gestante no acompanhamento pré-natal, durante a gravidez. Podendo assim fornecer subsídios nos diagnósticos precoces destas patologias hipertensivas, havendo maior agilidade no encaminhamento aos serviços de referências, visando diminuir os números de casos e agravamento destes, como também minimizar os sinais e sintomas das doenças, favorecendo uma gestação, parto e pós-parto, tranquilo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por Síndromes Hipertensiva Específica da Gestação na macrorregião de Picos-Piauí.

2.2 Específicos

- Listar os municípios com maiores índices de Síndromes Hipertensivas Específica da Gestação na macrorregião de Picos-Piauí;
- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento das Síndromes Hipertensivas Específica da Gestação;
- Investigar como foi realizado e a qualidade do pré-natal das mulheres acometidas pelas Síndromes Hipertensivas Específica da Gestação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gestação

Durante a gravidez, a mulher passa por transformações morfológicas, fisiológicas, sociais e emocionais, caracterizando esse período como importante na vida desta, requerendo cuidados especiais para preservar sua saúde e seu bem-estar (MOREIRA et al., 2011). Esse período é composto por três trimestres que são caracterizados por alterações hemodinâmicas, hormonais, anatômicas e biomecânicas do corpo provocadas por necessidades funcionais, fisiológicas e metabólicas que visam à preparação do corpo da mulher para receber o feto e conseguir evoluir para um parto natural (RIBAS; GUIRRO, 2007).

No primeiro trimestre (1^a à 12^a semana) o organismo da mulher faz um grande esforço para se adaptar ao embrião e à placenta em desenvolvimento. A taxa metabólica aumenta, de modo que o corpo acelera todas as suas funções. O ritmo cardíaco e respiratório também aumenta à medida que mais oxigênio tem que ser levado ao feto e que mais dióxido de carbono é exalado, a pressão arterial (PA) tende a diminuir com o aumento do fluxo sanguíneo. As fibras musculares do útero ficam, rapidamente maiores e mais grossas, e o útero em expansão tende a pressionar a bexiga, aumentando a vontade de urinar. O tamanho e peso dos seios aumentam rapidamente, ficando mais firmes e nodulares, como também a sensibilidade, onde os mamilos ficam mais moveis e as aureolas mais escuras pela elevação de melanina na pele, ocorrendo ainda o maior envio de sangue para os seios, tornando o sistema venoso mais visível (PORTAL-EDUCAÇÃO, 2008).

Já no início do segundo trimestre (13^a à 28^a semana), o útero se expande ficando entre a pelve e a cicatriz umbilical. É nesse período que a gestante começa a sentir os primeiros movimentos fetais. A musculatura do trato intestinal relaxa, provocando diminuição das secreções gástricas, havendo menos eliminações fecais, assim aumenta a produção de flatulências, como também, desenvolvendo azia provocada pelos refluxos estomacais. A pigmentação da pele continua aumentando, podendo aparecer a linea nigra, localizada no abdome da gestante. O coração passa a trabalhar mais do que o de uma mulher não grávida, havendo uma hipertrofia ou dilatação discreta durante a gravidez. Sendo o útero e os rins os órgãos que mais precisam de sangue, em quantidades maiores que o habitual. A gestante ainda pode apresentar dorsalgia, relacionada à mudança do centro de gravidade e câimbras, causadas pela pressão do útero nos nervos e vasos sanguíneos pélvicos, que iniciam no segundo trimestre podendo se prolongar pelo terceiro (RICCI, 2008).

Durante o terceiro trimestre (29^o semana até o momento do parto), o feto em crescimento pressiona e restringe o diafragma, assim a respiração fica mais rápida e profunda. Quanto mais o feto cresce o abdome aumenta de tamanho, e pode desenvolver estrias ondulares e irregular às vezes aparecendo também nas mamas, quadris e parte superior das coxas. As costelas inferiores da mulher são empurradas para fora, e a bexiga pressionada, assim aumentando a frequência urinária. Os ligamentos, inclusive da pelve e dos quadris, ficam distendidos, o que pode causar desconforto ao caminhar, como também lombalgias. As mãos e pés podem apresentar-se inchados, indicando sinal de pré-eclâmpsia. Neste período os mamilos já podem secretar colostro, que é o primeiro leite materno. A necessidade de descansar é intensificada. Durante a gestação o útero aumenta seu peso em torno de 20 vezes (PORTAL-EDUCAÇÃO, 2008).

Assim com tantas mudanças corporais, apesar de serem fisiológicas, requerem um acompanhamento especializado, sendo este denominado de pré-natal, que tem caráter preventivo, onde visa acompanhar e assegurar o desenvolvimento seguro da gestação, permitindo uma gravidez calma e tranquila sem intercorrências e o parto de uma criança saudável, sem gerar distúrbios na saúde da mulher, no qual deve abordar aspectos psicossociais, com o enfoque em atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2005).

3.2 Intercorrências Durante a Gestação

Espera-se que uma gestação ocorra naturalmente e sem intercorrências, evoluindo para um parto natural, porém o organismo de uma mulher grávida, passa por constantes mudanças nesse período. Assim com tantas modificações físicas, hormonais e psicológicas, podem ser desenvolvidos problemas, como: Abortamento; Gravidez ectópica; Mola hidatiforme; Trabalho de parto prematuro; Oligodrâmnio; Polidrâmnio e SHEG entre outros.

Porém, os distúrbios hipertensivos são os de maior relevância no período da gravidez, sendo a SHEG o problema hipertensivo mais comum, cujo diagnóstico geralmente é feito a partir da 24^o semana de gestação. Essa doença apresenta os níveis pressóricos elevados, caracterizando hipertensão da gravidez, acompanhado de proteinúria, podendo apresentar ainda edema. A patologia se subdivide em duas fases, que são a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, onde as duas apresentam o começo de uma hipertensão aguda por volta da 20^a semana de gestação, o que as diferenciam são crises convulsivas que a eclâmpsia apresenta (ANGONESI; POLATO, 2007).

A pré-eclâmpsia se classifica em leve e grave, onde a leve é referente à hipertensão com PA maior ou igual a 140/90 mmHg e proteinúria de 300mg ou mais, sendo que a grave apresenta PA superior a 160/110 mmHg com proteinúria de 24 horas superior a 3g ou ainda hipertensão somado a um critério de risco, sendo estes, perda progressiva de função renal; disfunção hepática; sinais de hemólise microangiopática, plaquetopenia ($< 100000/\text{mm}^3$); visão turva; diplopia; escotomas cintilantes; cefaleia; tontura; epigastralgia; confusão mental; perda da consciência; cianose; edema agudo de pulmão; insuficiências pulmonar e cardíaca; hemorragia retiniana; edema de papila; restrição do crescimento fetal; oligodrâmnio. Assim estas complicações podem gerar malefícios pra gestante e para o bebê, com risco de morte para os dois (BRASIL, 2012a).

Moura et al. (2010), destacam em seu estudo, que os distúrbios hipertensivos chegam a afetar cerca de 12 a 22% de todas as mulheres grávidas, na qual a eclâmpsia é uma das principais causas de morte, Estes distúrbios são graves e podem ocasionar depressões das funções de órgão vitais, como rins, cérebro, fígado e placenta. Sendo que os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de SHEG são a obesidade, idade menor de 18 e maior que 35 anos, doenças crônicas como DM e HAC, nefropatias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia em gestações anteriores, dieta rica em sódio, primeira gestação, gemelaridade e altos níveis de esforços.

De acordo ainda com o estudo acima, os fatores demográficos também são importantes marcadores de risco, como é o caso da baixa escolaridade, e baixa renda, no estudo realizado levantou-se a hipótese de que gestantes desempregadas que apenas desenvolviam o trabalho do lar, não desempenhavam grandes esforços, assim poderia ter menos risco de desenvolver essas enfermidades, porém por outro lado podia ser aumentado o estresse pelo desemprego, e também afetar a nutrição da gestante, com a menor condição financeira, desencadeando assim a HG, demonstrando que a baixa escolaridade, leva ao desemprego e por fim a baixa renda, aumentando o risco de desenvolver as SHEG (MOURA, 2010).

Então as gestantes com pequenas alterações de PA não requerem internação. Porém precisam serem informadas sobre as condutas que devem seguir, como, descansar o máximo possível, de preferencia em decúbito lateram esquerdo para melhorar a circulação uterina. Como também a paciente deve verificar a PA a cada 4 à 6 horas quando acordada, beber bastante líquidos para melhorar a produção de diurese, monitorar o peso diariamente e alimentar-se bem, preferindo por alimentos ricos em nutrientes e hipossódicos, porem se todas

as condutas não amenizar os sinais e sintomas, então essa grávida deve ser encaminhada para a internação hospitalar, com o intuito de preservar a vida da mãe e do bebê (RICCI, 2008).

Segundo Souza et al. (2011), a SHEG é uma das principais causas de nascimentos prematuros e consequente hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal (UTIN). Por este motivo, necessita-se de uma maior atenção às gestantes, para evitar resultados maternos e fetais desfavoráveis. Neste contexto é de suma importância conhecer a fisiopatologia da doença, como também suas características, facilitando assim um diagnóstico precoce, dessa forma podendo oferecer um acompanhamento pré-natal adequado e promover a tomada de decisão perante as complicações.

3.3 Eclâmpsia

A eclâmpsia é o agravamento da pré-eclâmpsia por crises convulsivas, que não estão relacionadas a outras doenças, como é o caso da epilepsia, podendo ocorrer antes, durante e após o parto. No qual pode apresentar alguns sinais iminentes, que são a visão turva, diplopia, ecotomias cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental e perda da consciência. Sendo que a pré-eclâmpsia caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão (> 140/90 mmHg) e proteinúria (> 300 mg/em 24 horas), a partir da 20ª semana de gestação, em gestante anteriormente com a PA normal. Sendo uma desordem multissistêmica, que não se conhece as causas ao certo, ainda. Ocorrendo durante a gestação e o puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão. Sendo importante ressaltar que antes o edema era considerado da tríade sintomática da PC e EC, atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, ainda que geralmente acompanhe essas enfermidades (BRASIL, 2012a).

As convulsões ocorrem geralmente por encefalopatia hipertensiva, vasoespasmos cerebrais, edema cerebral, hemorragia cerebral e isquemia cerebral. Sendo que esta enfermidade acontece entre 0,2 a 0,5% de todas as gestantes, no qual o número de mortalidade materna é de 2% e fetal de 12%, sendo um resultado muito alto e preocupante. Dessa forma, as pacientes que apresentam sinais e sintomas de eclâmpsia devem ser tratadas imediatamente, visando à diminuição dos casos de mortes materno-fetal (SALES, 2009).

Já segundo o DATASUS, entre os anos 2009 a 2013 houve 1.681 óbitos maternos no Brasil, destes a causa de morte que mais se destacou em todos os anos, foi à eclâmpsia, contabilizado 240 casos, seguido de 151 casos de abortos não específicos e 144 de gravidezes ectópicas, onde HG com proteinúria significativa causaram 135 óbitos nestes cinco anos

citados. No que diz respeito à eclâmpsia, em 2013 ocorreu o maior número dos casos 16,4%, seguido do ano de 2011 com 14,9%, logo em 2010 e 2012 tiveram o mesmo quantitativo de 13,4% e 2009 existiu o menor número de ocorrências com apenas 13,2%. O Piauí nesse mesmo período apresentou 228 mortes maternas, onde 14,0% destas foram referentes à eclâmpsia e 7,0% a HG com proteinúria significativa (BRASIL, 2015a).

Estudo realizado por Lacerda; Moreira (2011), em um hospital de Fortaleza-Ceará no ano de 2007, sobre pré-eclâmpsia e eclâmpsia, onde ao analisar às características sócio-epidemiológicas das gestantes, observaram que grande parte eram adolescente, com idade entre 14 à 19 anos (42,42%), em sua maioria solteiras (76,5%), tendo como principal manifestação clínica o edema em membros inferiores (64,17%), acompanhada de anasarca (20%).

Todos esse sintomas podem se agravar, tornando-se em eclâmpsia que é o nível da HG mais elevado, que causa números de mortes e desenrolar obstétricos desfavoráveis, relativamente consideráveis. Então com o grande número de intercorrências, há recomendação para que o parto seja realizado até 24 horas após o início dos sintomas de pré-eclâmpsia e em até 12 horas após crises convulsivas que caracteriza a eclâmpsia. No entanto, nem toda mulher tem uma passagem de parto favorável ao parto vaginal, deste modo é indicado que seja realizado a cesariana (HADDAD, 2011).

Durante um parto cesáreo, o anesthesiologista tem papel fundamental, pois este será o responsável por garantir um parto sem dor, como também reconhecer características de risco da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, que é o caso das complicações cardiorrespiratórias, renais e cerebrais, devendo ter capacidade de intervir nessas corretamente se necessário, protegendo a vida da paciente (SALES, 2009). Segundo Xu et al. (2013), a anestesia de primeira escolha para pacientes acometidas de pré-eclâmpsia é a raquianestesia, sendo menos traumática que a epidural.

Além disso, Barbosa et al. (2010), destacam a importância do uso de sulfato de magnésio em gestantes com diagnóstico de PE e EC, profilaxia geralmente realizada para manter os níveis pressóricos normais, pois o magnésio exerce múltiplos mecanismos de regulação, diminuindo a resistência vascular periférica, sem alterar o fluxo sanguíneo uterino, prevenindo dessa forma episódios convulsivos durante a cesariana.

Ademais, a EC pode ser evitável, através da identificação das principais causas da PE, como também da interrupção da gravidez, antes das crises convulsivas iniciarem. A indução do parto é a única cura, onde ocorre a retirada da placenta, pois a PE depende da existência de tecido trofoblástico. Sendo assim, as gestantes que têm diagnósticos de EC são avaliadas, para

saber qual o melhor tipo de parto, sendo preferível o normal. Porém se a paciente for grave, deve ser realizado o parto cesáreo o mais rápido possível, para que o binômio materno-fetal tenha o menor risco de vida (RICCI, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem quantitativa, de corte transversal. As pesquisas descritivas, segundo Figueiredo (2009), descrevem as características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecem relações entre as variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

Um estudo quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. Amplamente utilizado na condução da pesquisa, o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão de resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON et al., 2007).

Os delineamentos transversais são devidamente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno ou ainda a relação entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período de realização

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) de um hospital de referência do município de Picos-PI. Cidade da região Sudeste Piauiense, que faz parte da Macrorregião 3- Semi-árido território do Vale do Guaribas. De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) o referido hospital atende pacientes oriundos de 39 municípios da macrorregião de Picos. Possui, atualmente, 133 leitos, e presta atendimento de Urgência e Emergência, Ambulatorial, Clínica médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria e Serviço de Apoio. (BRASIL, 2015b).

O local foi escolhido por ser um hospital de referência para tratamento de mulheres com estas enfermidades, encaminhadas pelos municípios que compõem a macrorregião do Vale do Rio Guaribas. A coleta de dados foi realizada no período de abril e maio de 2015.

4.3 População e amostra

Para a condução da pesquisa analisou-se prontuários de mulheres que deram entrada no referido hospital para realização do parto, com diagnóstico médico de SHEG pré-eclâmpsia e eclâmpsia, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, compreendendo cinco anos.

Foram utilizados com critérios de inclusão: prontuários de gestantes com diagnóstico de SHEG, PE e EC, residentes na macrorregião de Picos, cujo o parto ocorreu na instituição de realização da pesquisa, no espaço temporal entre janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Como critério de exclusão, adotou-se: prontuários de pacientes que residiam em Picos, que apresentavam ilegibilidade das informações e falta de documentos necessários no desenvolvimento do estudo, como é o caso da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e Declaração de Óbito (DO).

Tendo-se encontrados 458 prontuários, na qual 88 foram excluídos da pesquisa, pois havia falta de informações necessárias para a realização do estudo como também gestante procedentes de outras cidades que não fazem parte da macrorregião de Picos-Piauí, resultando assim em uma amostra final de 370 prontuários.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2015, no hospital de referência selecionado. Para obtenção das informações do estudo foi utilizado um instrumento (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora, constituído por duas partes, que abordaram dados gerais da paciente, bem como dados complementares.

A primeira parte do formulário continha informações referentes ao diagnóstico médico, a data da admissão da paciente no hospital e os aspectos socioeconômicos. Já a segunda parte, diz respeito às condições gineco-obstétrico das pacientes, direcionado aos antecedentes pessoais, tipo de parto, número de abortos e gestações, grau de paridade, realização de pré-natal, quantitativo de consultas, fatores de risco e complicações associado à SHEG.

Naqueles prontuários que não dispunham de algumas dessas informações, utilizou-se a DNV e a DO, na tentativa de colher o maior número de informações. Ainda assim, alguns prontuários não continham todas as informações, tendo sido considerada as informações faltosas como ignoradas, para que não houvesse perdas expressivas na amostra estudada.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos e tabulados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas, de forma descritiva para melhor compreensão dos mesmos e analisados de acordo com a literatura pertinente.

4.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí-UFPI. Tendo sido aprovado com o número do Parecer: 542.829 (ANEXO A). Foram obedecidas as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), e assegurada a privacidade, proteção dos dados preenchidos e ainda a total liberdade de desistência do serviço em participar do estudo em qualquer momento da pesquisa.

A permissão para realizar o estudo na instituição, veio do Coordenador Administrativo e Financeiro do referido hospital, expressa por meio da assinatura da Autorização Institucional (ANEXO B) e do Termo de Anuência (ANEXO C). Ademais, foi assinado um Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B) junto ao SAME, para que a autora pudesse ter acesso aos dados constantes dos prontuários médicos.

O estudo traz implícito riscos mínimos de constrangimento às pacientes, ao ponto que futuramente as informações do perfil das gestantes, venham a ser publicadas e elas possam ter acesso e se identificarem através da descrição do diagnóstico, hospital e período da coleta.

Porém, os benefícios são diversos e sobrepõe aos riscos, pois a pesquisa possibilitará a ampliação do conhecimento dos profissionais, sobre os riscos de desenvolver SHEG, PE e EC como também dos municípios que houve o maior índice de casos.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O estudo analisou 370 prontuários, de gestantes com diagnóstico inicial de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia, residentes na macrorregião do Vale do Rio Guaribas e que deram a luz no hospital de referência de Picos-Piauí, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Em relação ao diagnóstico, 77,3% apresentaram pré-eclâmpsia, 14,1% SHEG e 8,6% eclâmpsia.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.

Variável	N (%)	
IDADE		Média – 23,6
< 23 anos	183 (49,5%)	Mediana – 23,0
≥ 23 anos	187 (50,5%)	DP = 6,7
RAÇA		
Parda	322 (87,0%)	
Negra	13 (3,5%)	
Branca	34 (9,2%)	
Ignorado	1 (0,3%)	
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	5 (1,4%)	
Ensino Fundamental Incompleto	199 (32,2%)	
Ensino Fundamental Completo	78 (21,1%)	
Ensino Médio Incompleto	63 (17,0%)	
Ensino Médio Completo	78 (21,1%)	
Ensino Superior Incompleto	11 (3,0%)	
Ensino Superior Completo	11 (3,0%)	
Ignorado	5 (1,4%)	
OCUPAÇÃO		
Lavradora	324 (87,6%)	
Estudante	13 (3,5%)	
Do Lar	9 (2,4%)	
Professora	7 (1,9%)	
Doméstica	6 (1,6%)	
Autônoma	2 (0,5%)	
Bibliotecária	2 (0,5%)	
Outros	7 (2,1%)	
ESTADO CIVIL		
Solteira	130 (35,1%)	
Casada	153 (41,4%)	
União Estável	80 (21,6%)	
Outros	7 (1,9%)	
MUNICÍPIOS DE PROCEDÊNCIA		
Pio IX	35 (9,5%)	
Itainópolis	33 (8,9%)	

(Continua)

Tabela 1. (Continuação)

Monsenhor Hipólito	24 (6,5%)	
Campo Grande do Piauí	17 (4,6%)	
Alegrete do Piauí	16 (4,3%)	
Jaicós	15 (4,1%)	
Marcolândia	15 (4,1%)	
Padre Marcos	14 (3,8%)	
Dom Expedito Lopes	13 (3,5%)	
São José do Piauí	13 (3,5%)	
Francisco Santos	12 (3,2%)	
Sussuapara	12 (3,2%)	
Fronteiras	11 (3,0%)	
Massapê do Piauí	10 (2,7%)	
São João da Canabrava	10 (2,7%)	
Alagoinha do Piauí	9 (2,4%)	
Bocaina	9 (2,4%)	
Geminiano	9 (2,4%)	
Santo Antônio de Lisboa	8 (2,2%)	
São Julião	8 (2,2%)	
Patos do Piauí	7 (1,9%)	
Paulistana	7 (1,9%)	
Vera Mendes	7 (1,9%)	
Caridade do Piauí	6 (1,6%)	
Santana do Piauí	6 (1,6%)	
Simões	6 (1,6%)	
Belém do Piauí	5 (1,4%)	
Paquetá	5 (1,4%)	
Vila Nova do Piauí	5 (1,4%)	
Acauã	4 (1,1%)	
Caldeirão Grande do Piauí	4 (1,1%)	
Francisco Macêdo	4 (1,1%)	
Aroeiras do Itaim	3 (0,8%)	
Jacobina do Piauí	3 (0,8%)	
São Luís do Piauí	3 (0,8%)	
Betânia do Piauí	2 (0,5%)	

FONTE: Comunicação Pessoal

De acordo com a Tabela 1, a média da idade das gestantes que desenvolveram alguma síndrome hipertensiva foi de 23,6 anos, com mediana de 23,00 e desvio padrão de 6,7, devido à presença de extremos de idade de 12 a 45 anos. No entanto, observou-se que as mulheres de 17 e 18 anos foram as que apresentaram o maior número de intercorrências hipertensivas na gestação, sendo 7,8% de representatividade em cada uma das idades.

Em relação à raça, encontrou-se a maioria de pardas (87,0%), Prevaleceu aquelas com baixo grau de instrução, notadamente ensino fundamental incompleto (32,2%), O menor percentual encontrado refere-se às gestantes com ensino superior incompleto (3,0%) e completo (3,0%).

Dos 38 municípios da macrorregião de Picos, três apresentaram o maior número de casos de intercorrências hipertensiva na gravidez, sendo estes Pio XI (9,5%), Itainópolis (8,9%) e Monsenhor Hipólito (6,5%). Apenas dois, Curral Novo do Piauí e Queimada Nova, não apresentaram nenhum caso. Quanto à profissão, a mais prevalente foi lavradora, com 87,6%, representando quase a totalidade das participantes.

No que diz respeito ao estado civil não houve diferenças significativa entre casadas (41,4%) e solteiras (35,1%). No entanto, quando somados os percentuais de mulheres que têm parceiros, casadas (41,4%) ou em união estável (21,6%), encontra-se um resultado expressivo de 63,0% das pacientes.

Tabela 2. Perfil gineco-obstétrico de gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.

Variáveis	N (%)	
ANTECEDENTES PESSOAIS		
Infecção Urinária	1 (0,3%)	
Hipertensão Arterial Crônica	8 (2,2%)	
Cirurgia Pélvica Uterina	54 (14,6%)	
Pré – eclâmpsia e/ ou Eclâmpsia	2 (0,5%)	
Infecção Urinária e Cirurgia pélvica Uterina	1 (0,3%)	
Ignorado	304 (82,2%)	
TIPO DE PARTO		
Parto Natural	24 (6,5%)	
Parto Cesáreo	346 (93,5%)	
NÚMERO DE ABORTO		
0	330 (89,2%)	Média – 0,14
1 – 6	40 (10,8%)	Mediana – 0,0
		DP = 0,490
NÚMERO DE GESTAÇÕES		
1	252 (68,1%)	Média – 1,60
2 – 5	114 (30,8%)	Mediana – 1,00
6 – 17	4 (1,1%)	DP = 1,423
GRAU DE PARIDADE		
Primípara	273 (73,8%)	
Secundípara	57 (15,4%)	
Multípara	40 (10,8%)	

FONTE: Comunicação Pessoal

Na Tabela 2 pode-se observar que os aspectos referentes aos antecedentes pessoais foram ignorados em 82,2% dos prontuários analisados. Naqueles que estava variável foi encontrada, 14,6% referiam cirurgia pélvica uterina anterior e 2,2% hipertensão arterial crônica. No que diz respeito ao tipo de parto, prevaleceu o parto cesáreo (93,5%), tendo o parto natural um quantitativo de apenas 6,5% dos casos. Em relação ao aborto, detectou-se que 89,2% das pacientes o negaram, obtendo uma média de 0,14, mediana de 0,00 e desvio

padrão de 0,490. Essa fato pode estar relacionado com o quantitativo de primingestas (68,1%).

Sobressaíram-se as mulheres que tiveram apenas uma gestação (68,1%), seguidas daquelas com duas gestações (17,8%), tendo uma média 1,60, mediana 1,00 e um desvio padrão elevado 1,42, pois a mínima foi de apenas uma gestação, enquanto que a máxima foi de 17 (0,3%). Já no tocante do grau de paridade a maioria das mulheres que apresentaram intercorrências hipertensivas eram primíparas (73,8%). As secundíparas tiveram representação de 15,4% e as múltiparas de apenas 10,8% das mulheres.

Tabela 3. Realização de consultas pré-natal pelas gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.

Variáveis	N(%)
REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL	
Sim	354 (95,7%)
Ignorado	16 (4,3%)
NÚMERO DE CONSULTAS	
Menor ou Igual a 6 Consultas	173 (46,7%)
Maior ou Igual a 7 Consultas	181 (48,9%)
Ignorado	16 (4,3%)

FONTE: Comunicação Pessoal

A Tabela 3 demonstra que a grande maioria das gestantes realizaram pré-natal (95,7%). Apenas 4,3% dos prontuários avaliados não tinham essa informação, sendo considerado como ignorado. Não houve mudança expressiva entre o quantitativo de consultas, pois 46,7% realizaram de uma a seis consultas e 48,9% realizaram sete ou mais consultas.

Tabela 4. Fatores de riscos e complicações maternas associadas às Síndrome Hipertensiva Especifica da Gestação em gestantes com diagnósticos de Síndromes Hipertensivas da Gravidez, residentes na macrorregião de Picos-Piauí, que deram entrada no serviço de saúde, no período de 2009 a 2013. Picos-PI, 2015.

Variáveis	N (%)
FATORES DE RISCO	
VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL *	
Sem Registro de PA	1 (0,3%)
<140x90 mmHg	33 (9,2%)
≥140x90 mmHg	336 (90,5%)
PRIMIPARIDADE	
Não	97 (26,2%)
Sim	273 (73,8%)
GEMELARIDADE	
Não	368 (99,5%)
Sim	2 (0,5%)
OBESIDADE	

(Continua)

Tabela 4. (Continuação)

Não	369 (99,7%)
Sim	1 (0,3%)
DIABETES GESTACIONAL	
Não	369 (99,7%)
Sim	1 (0,3%)
COMPLICAÇÕES	
DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA	
Não	369 (99,7%)
Sim	1 (0,3%)
INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA	
Não	356 (98,6%)
Sim	5 (1,4%)

*As Pressões Arteriais coletadas variaram de 110x60 mmHg à 220x160 mmHg. Assim, foram esquematizadas em três opções, conforme ilustrada na tabela.

FONTE: Comunicação Pessoal

De acordo com a Tabela 3, os fatores de risco para as síndromes hipertensivas da gravidez que tiveram maior representatividade foram a PA elevada (90,5%) e a primiparidade (73,8%), e as de menor foram gemelaridade (0,5%), obesidade e diabetes gestacional (0,3%). A complicação que mais apareceu foi à insuficiência respiratória (1,4%), e apenas 0,3% das gestantes apresentaram descolamento prematuro de placenta (DPP), não havendo registro de morte materna nesse período por quaisquer destas enfermidades.

Referente à pressões arterial, foi priorizado na coleta a anotação da primeira aferição, consideradas elevadas as que apresentaram valor igual ou superior a 140x90 mmHg, sendo o menor valor encontrado 110x60 mmHg e o maior 220x160mmHg. Das 370 gestantes apenas uma (0,3%) não tinha nenhum registro de PA no prontuário. O valor que mais se repetiu foi 160x100 mmHg (15,7%), seguido de 140x90 mmHg, (14,1%).

6 DISCUSSÃO

Fundamentando-se na análise de 370 prontuários de gestantes atendidas entre 2009 à 2013 em um hospital de referência do município de Picos-Piauí, objetivou-se conhecer o perfil das gestantes com diagnóstico de síndrome hipertensiva da gravidez entre aquelas residentes na macrorregião do Vale do Rio Guaribas. Os achados mostraram que a média de idade foi de 23,6 anos, com intervalo de 12 a 45 anos, tendo representatividade em todas as idades. Ainda pode-se perceber que as mulheres que mais apresentaram casos de SHEG foram adolescentes de 17 e 18 anos, com 7,8% dos casos, cada. Porém, não existindo um resultado significativo, verifica-se que os extremos de idade não tiveram relevância neste estudo.

Resultados parecidos foram encontrados no estudo de Assis; Viana; Rassi, (2008), realizado no ano de 2005 na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), com 129 gestantes que apresentaram diagnósticos de SHEG que encontrou frequência de 48,8% de pré-eclâmpsia, com a média de idade das participantes de $23,3 \pm 5,8$. Assim, pode-se perceber que os extremos de idade não estão relacionados com o aumento de risco de desenvolver EC, PE e SHEG na macrorregião de Picos, podendo acontecer em todas as idades, nessa região.

Quanto à cor da pele, a maioria das mulheres eram pardas (87,0%), assemelhando-se ao estudo de Vettore et al. (2011), realizado em estabelecimentos de saúde do Rio de Janeiro, com 1760 pacientes de baixo risco como grupo controle (GC) e 187 (9,6%) mulheres diagnosticadas com HG, somando 1947 entrevistadas. Destas a maioria eram pardas, independentemente de possuírem hipertensão ou não. Nesse tocante, a nova forma de caracterizar a população quanto à cor e raça, através da auto intitulação, pode estar contribuindo para um elevado número de casos na raça parda.

O grau de instrução da maioria das mulheres analisadas era baixo, sendo o ensino fundamental incompleto o que mais prevaleceu, com 32,2% dos casos. Dado também encontrado em um estudo desenvolvido em hospitais públicos da zona Leste da grande São Paulo, por Gonçalves; Fernandes; Sobral (2005), onde as mulheres estudadas apresentaram baixa escolaridade em uma parte relevante da amostra, no qual 36,36% delas não completaram o ensino fundamental menor e apenas 18,18% iniciaram o ensino médio, porém não o concluíram. De tal modo, que abre espaço para destacar que as SHEG, podem estar relacionadas com o baixo nível de conhecimento, pois quanto menos instruída é uma pessoa, maior o risco de se expor a agravantes de saúde.

Os municípios de residência das gestantes, que mais apresentaram casos de SHEG foram, Pio XI (9,5%), Itainópolis (8,9%) e Monsenhor Hipólito (6,5%). Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), do ano de 2010, estes municípios possuíam 17.693, 11.099 e 7.391 habitantes respectivamente, sendo a maior parte da população residente na zona rural, contabilizando 24.891 habitantes, de um total de 36.183 pessoas dos três municípios (BRASIL, 2010b). Neste tocante a quantidade de casos pode estar relacionado à dificuldade de deslocamento das gestantes até a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o problema do acesso destas, podem retardar o início do acompanhamento, impedindo assim um atendimento pré-natal completo, com enfoque na prevenção da saúde das mesmas.

Estudo realizado por Silva; Andrade; Bosi (2014), a respeito das experiências de gestantes sobre o acesso e acolhimento no pré-natal, oferecido por uma equipe da ESF no interior do Nordeste do Brasil, com 13 gestantes entrevistadas em domicílio próprio, evidenciou as dificuldades encontradas no atendimento pré-natal, como é o caso do acesso limitado aos serviços de saúde da ESF, visto que o atendimento acontece por ordem de chegada, com senhas limitadas, e ainda havendo atraso e falta dos profissionais de saúde. Ressalta-se que não foi referido pelas entrevistadas problemas em relação ao acesso geográfico e econômico para se deslocarem até a Unidade Básica de Saúde (UBS), de tal modo percebe-se que estes entraves podem causar lacunas no atendimento de saúde prestado as gestantes.

Quanto à profissão, lavradora foi a que mais se destacou (87,6%), no entanto, isso pode estar relacionado com a distribuição geográfica que a população da macrorregião de Picos se encontra. Segundo o IBGE (2010), o número de pessoas que residem na zona rural (165.694) é maior do que na zona urbana (101.175). Ademais, os municípios são pequenos e geralmente a principal fonte de renda é a agricultura (BRASIL, 2010b). Diferente dos dados encontrados pelo estudo de Gonçalves; Fernandes; Sobral (2005), observaram que 22,72% das gestantes estudadas não tinham profissão e 77,27% eram domésticas. Assim comparando as duas profissões, elas podem ser citadas, como trabalhos braçais e pesados, que tem uma remuneração baixa, e um esforço físico grande, desta forma o poder econômico é menor, podendo prejudicar o desenvolvimento de uma gestação saudável, relacionado à dificuldade de deslocamento da gestante até o serviço de saúde para a realização da consulta pré-natal, como também uma alimentação pobre em nutrientes, stress, entres outros fatores.

Quanto ao estado civil, prevaleceram as gestantes com parceiros fixos (63,0%), apesar de que casadas (41,4%) e solteiras (35,1%), não terem diferença significativa, corroborando

com o estudo de Assis; Viana; Rassi, (2008), que demonstrou uma proporção idêntica entre solteiras e casadas.

No que diz respeito aos antecedentes pessoais, a maioria das informações foram ignoradas (82,2%), sendo que um dos poucos registros consistiu em cirurgia pélvica uterina (14,6%). Porém esse alto nível de antecedentes ignorados, está relacionado à falta de anotações e registros nos prontuários, pois as informações referentes às cirurgias pélvicas uterinas anteriores, foram colhidas nas DNV, e os demais em alguns encaminhamentos enviados pelos municípios de residência das gestantes, havendo ainda o aparecimento de três xerox do cartão da gestante, anexados em prontuários, que possibilitou uma coleta mais fidedigna e completa desse dado.

Lacerda; Moreira, (2011), em estudo com 132 gestantes com algum tipo de intercorrência hipertensiva, também tiveram dificuldades em encontrar registros das informações destas pacientes, uma vez que 67,4% das fichas analisadas não possuíam registro de prescrição médica, como também faltava preencher alguns dos dados importantes como, por exemplo, a idade gestacional. Além disso, 20,5% não apresentaram registros de anamnese, dificultando assim a análise mais fidedigna dos casos. Deste modo, a falta da documentação do estado da gestante, pelos profissionais médicos e equipe de enfermagem, torna algumas informações incompletas e imprecisas, dificultando pesquisas documentais podendo tornar o resultado não confiável ou inconclusivo.

Além da falta de informação, outros fatores dificultam esse tipo de pesquisa, como a ilegibilidade das informações, e a adoção de siglas desconhecidas, pois alguns profissionais utilizam uma linguagem própria, dificultando entendimento por outros profissionais, trazendo a precariedade do repasse das informações, realidade que poderia ser mudada com a utilização de registro com siglas padronizadas e reconhecidas.

Ademais, o estudo de Polgliani; Neto; Zandonade, (2014), que comparou registros dos prontuários da atenção básica de saúde e cartões de 360 gestantes do município de Vitória-Espirito Santo, nos três principais hospitais que realizam partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo durante o estudo houve perdas de participantes por falta de localização e difícil acesso para encontrar a gestante e perda também de prontuários nas unidades de saúde, resultando ao final a em uma amostra de 182 mulheres, com isso foi analisados os dados que faltavam no preenchimento dos prontuários e cartões das gestantes, e encontraram muita inconsistência, e falta de informações importantes, sendo que o cartão da gestante, apresentou mais registros que os prontuários. Assim percebe-se que registros inadequados e incompletos,

podem afetar tanto no curso do pré-natal, como também em retrospectivas destas documentações.

Em relação ao tipo de parto realizado nas gestantes que apresentaram SHEG em sua grande maioria foi à cesariana (93,5%), indicando um quantitativo excessivo, podendo trazer malefícios tanto para mãe, quanto para o feto. A esse respeito, o Ministério da Saúde, publicou regras para estimular o parto normal na saúde suplementar, tentando amenizar essa situação e reduzir o número de caso no Brasil. Atualmente, o percentual de partos cesáreos chega a 84% nos serviços particulares, e superior a 40% no serviço público. Apesar de ser um procedimento cirúrgico importante a cesariana, quando realizada sem necessidade, pode gerar riscos à saúde do binômio materno-fetal, podendo aumentar em 120 vezes o risco de desenvolver problemas respiratórios para o recém-nascido (RN) e triplicar o risco de morte materna (BRASIL, 2015c).

Na análise de Domingues et al. (2014), ele acompanharam gestantes do início até a resolução da gravidez, o estudo ocorreu em cinco macrorregiões do país em hospitais públicos, privados e misto. E tratou sobre a escolha do tipo de parto que a gestante preferiam e o tipo que realmente tiveram. Assim pode-se perceber que 66,0% das entrevistadas preferiam o parto natural no início da gravidez, 27,6% preferiam parto cesáreo e 6,1% não sabiam opinar, após consulta pré-natal, 63,2% das mulheres acreditavam que, o parto vaginal era o mais seguro, 6,3% ainda preferiam o parto cesáreo, 21,5% que os dois eram seguros e 9% não se sentiam esclarecidas. No termo, um terço das mulheres preferiam o parto cesáreo e um quarto delas ainda não tinham decidido. No entanto, ao término da gravidez 51,5% das mulheres tiveram parto cesariano, sendo que destas 65,7% foram cesarianas sem que tivessem nem iniciado o trabalho de parto, onde o maior número de cesáreas foram entre as gestantes com alguma intercorrência na gravidez.

Já em relação ao aborto, 89,2% das gestantes negaram ter sofrido anteriormente, e apenas 10,8% relataram que tiveram de um a seis abortos. Neste tocante, pode-se ressaltar que 73,8% das mulheres analisadas eram primíparas, deste modo, abre espaço para citar que a paridade se sobrepõe aos casos de abortos, não sendo um indicador importante para as SHEG, na macrorregião de Picos. Fato encontrado no estudo de Lacerda; Moreira (2011), que foi realizado com fichas de atendimento de emergência de um hospital municipal, onde 132 mulheres tiveram o diagnóstico de PE e EC, com um percentual de 98,5% e 1,5% respectivamente, na qual 78% delas não tiveram abortos anteriores à gestação atual.

Quanto ao número de gestações a maioria eram primigestas, sendo que em relação ao grau de paridade, a maioria delas eram primíparas (73,8%), constituindo-se em um achado

significativo, pois sugere riscos de desenvolver SHEG, em mulheres de primeira gestação e também em primeiro parto, na macrorregião de Picos. O estudo caso-controle de Assis; Viana; Rassi (2008), realizado em uma maternidade de referência de atendimento de gestantes de alto risco, onde as participantes foram divididas em dois grupos, sendo que 121 gestantes eram consideradas do grupo caso (gestantes com SHEG) e 102 do grupo controle (gestantes saudáveis). Na qual as SHEG que mais se destacou foi a pré-eclâmpsia 48,8%, seguida da HAC superajuntada à pré-eclâmpsia 26,4% e HG com 18,6% dos casos. Onde a primiparidade foi considerada fator de risco para desenvolver HG e PE, totalizando a maior parte da amostra 67,4%.

Em relação à realização do acompanhamento pré-natal, quase a totalidade (95,7%) receberam esse atendimento, porém apenas 48,9% realizaram sete ou mais consultas e 46,7% fizeram até seis consultas. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas por gestação, e quando essa paciente sofre alguma intercorrência nesse período, as consultas devem ser com maior intensidade, quinzenalmente ou semanalmente, de acordo com a necessidade e indicação da gestante, o que sugere que essas 46,7% que fizeram até seis consultas não tiveram um acompanhamento pré-natal adequado.

Deste modo, percebeu-se que a realização de consultas de pré-natal não foram suficientes para controlar as complicações das SHEG, já que muitas delas desenvolveram pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o que leva a supor que esse fator pode estar relacionado a um acompanhamento inadequado por parte dos profissionais da ESF ou que as gestantes não cumpriram as orientações fornecidas pelos os profissionais de saúde.

Em estudo realizado por Ceron et al. (2013), com 150 mulheres que deram a luz na maternidade de referência de alto-risco do município de Santa Maria-Rio Grande do Sul, sendo que 91,33% realizaram pré-natal e destas 24% não realizaram o quantitativo de consultas necessárias. Elas foram entrevistadas a respeito da importância do pré-natal, 56,67% das participantes responderam que é importante, pois prestam cuidados à mãe e ao bebê, como também realiza exames. Houve também relatos que o cuidado era só direcionado a mãe 6% e só ao bebê 34%. Tendo ainda quem não soubesse a importância (0,67%), quem acreditasse que não fazia diferença (1,33%), e que quem achava importante, mas não da forma que estava sendo realizado.

Ainda sobre o estudo acima citado, quando elas foram indagadas sobre os assuntos abordados na consulta pré-natal, os relatos foram: amamentação (45,98%); cuidados e desenvolvimento do bebê (10,94%); hábitos saudáveis e alimentação (41,33%); medicamentos e contraceptivos (5,84%); parto e pós-parto, autocuidado, relação sexual

(17,06%); consultas básicas e exames (70,80%). Percebendo a falta de repasse de informações, pois estes assuntos deveriam ser abordados com todas as gestantes (CERON et al., 2010).

Nesse tocante, Silva et al. (2011), discorrem sobre uma pesquisa realizada em um hospital obstétrico de referência para gestantes de alto risco no município de Porto Alegre-Rio Grande do Sul, com 10 puérperas que tiveram SHEG, a respeito do conhecimento delas sobre a doença, oito mulheres afirmaram não conhecer, e apenas duas disseram saber o significado e os riscos que causavam, porém a instrução veio de pesquisas na internet. Destas, oito realizaram pré-natal no serviço público de saúde e duas no particular. Sendo que as consultas com médico variou de três a 15 encontros, apenas uma teve atendimento intercalado do profissional médico e de enfermagem. Quem comunicou a todas as gestantes sobre o diagnóstico de SHEG foram médicos, com isso elas relataram que sempre houve a falta de esclarecimento, diálogo e orientação sobre a doença, deixando-as com sentimento de medo e impotência, por não entenderem como a doença agia e quais riscos poderiam desencadear nelas e nos fetos. Assim percebe-se a carência de informação, que deveria ser repassada a elas durante o pré-natal.

As gestantes devem entrar no serviço de saúde pela Atenção Primária (AP), para realização de um pré-natal humanizado, holístico e integral, devendo ser classificadas quanto ao risco e encaminhadas para o atendimento de alto-risco, se necessário. Para que um pré-natal seja completo, a gestante deve iniciar as consultas até a 12^a semana de gestação, com a garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários, fornecidos pelo serviço de saúde. Os profissionais devem solicitar exames, e o serviço público de saúde tem que disponibilizar a realização e avaliação destes, sempre escutando as queixas e solicitações das gestantes, destacando as principais. Quando os recursos financeiros das gestante impossibilitarem o acesso a ESF, deve ser disponibilizado transporte gratuitos para elas. Os profissionais devem orientar, tirar dúvidas, e informar sobre as mudanças fisiológicas que acontecendo com um corpo gravídico, como também prepara-las para o parto, explicando sobre os tipos de partos e orientando sobre a melhor opção, que é o parto natural. Tendo ainda o direito de conhecer o serviço de saúde que iram dar a luz (BRASIL, 2012a).

Ademais, um pré-natal mal feito acarretar risco de adoecimento das mães e bebês, podendo ocorrer elevações de taxas metabólicas, transmissões verticais, pois as gestantes estão em constante risco de contrair, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) durante a gravidez, onde os exames necessários durante o pré-natal identificam e previnem doenças. Nesse tocante, entende-se que mesmo a grande maioria das gestantes da macrorregião de

Picos, terem realizado o acompanhamento pré-natal, o cuidado oferecido foi deficientes e incompleto, pois houve grande quantitativo de intercorrência hipertensivas, nos cinco anos analisados.

Quando analisados os fatores de risco, a pressão arterial elevada foi a que mais apareceu como fator agravante das SHEG nas gestações atuais (90,5%), onde foram consideradas PA elevada as maiores ou iguais a 140/90 mmHg. Durante a estadia no hospital, priorizou-se sempre a primeira aferição registrada no prontuário, porém nem todas as gestantes tinham a PA anotadas no momento da internação. Além disso, boa parte delas já havia iniciado o tratamento medicamentoso quando era encontrada a primeira medida, deste modo os dados podem não retratar a realidade dos níveis pressóricos apesar de apenas 9,2% apresentarem registros de PA com valores menores que 140/90 mmHg.

Com isso, em estudo realizado por Martinez et al. (2014), no centro obstétrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que se tratava da PA, comparando dois grupos de gestantes, com PA maior igual a 140/90 mmHg após a 20ª semana de gestação, que não tinham proteinúria, e as que tinham proteinúrias, esta última caracterizada como pré-eclâmpsia. Assim percebeu que as que apenas tinham a PA elevada tiveram os níveis pressóricos menores que as diagnosticadas com pré-eclâmpsia, na qual apresentou média e desvio padrão da PA Sistólica $133,2 \pm 17,7$ e Diastólica de $83,7 \pm 12,5$, já na PE a PA Sistólica teve media e desvio padrão de $139,8 \pm 18,6$, e a Diastólica $87,4 \pm 12,7$.

A primiparidade foi o segundo fator de risco, que mais apareceu entre as gestantes estudadas (73,8%), na qual uma pesquisa Cubana de González et al. (2012), realizada com 181 mulheres que tinham no mínimo dois fatores de risco pra desenvolver PE e EC, encontrou resultados diferentes, percebendo-se que o principal fator de risco que estas gestantes apresentavam era nuliparidade com 34,80% dos casos seguido de histórico de pré-eclâmpsia anterior 29,8%. Ademais entendi-se que a primiparidade estar relacionada diretamente com o aumento de risco de desenvolver as SHEG na macrorregião de Picos.

Referente a outros fatores de risco, houve registro de casos de duas gestações gemelar, e apenas uma gestante teve registro de diabetes gestacional e outra de obesidade. Assim vale frisar que estes quantitativos ocorrem pela falta de anotações e registros nos prontuários faltando dados para investigar melhor os fatores de risco, pois não ficam registrados informações do pré-natal nem de uma parte da história gineco-obstétrica das pacientes, impossibilitando uma coleta de dados fidedigna e que demonstre a realidade. Onde estes dados colhidos só foram possíveis devido a outras fontes de pesquisas que estavam no

prontuário, como duplicidade da DNV no prontuário, identificando parto de gêmeos, xerox de cartão da gestante e encaminhamentos.

Sendo que Soares et al. (2009), realizou pesquisas que destaca os principais fatores de risco para a mortalidade no estado do Paraná, entre os anos de 1997 à 2005, onde destas, 190 óbitos foram por PE e EC, representando a principal causa de morte materna 18,0% entre esse período, divididos em três triênios, sendo que no mais recente 2003 à 2005, houve 56 óbitos. As intercorrências identificadas com fator de risco para as mortes além da pré-eclâmpsia foram, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), obesidade, ganho de peso acima do esperado durante a gravidez, infecção do trato urinário, pielonefrite e gemelaridade.

Referente à obesidade, apenas um prontuário teve esse registro, que foi colhido através de um encaminhamento, enviado por um profissional do município de origem da gestante, que estava anexado ao prontuário, não sabendo se existiu outras gestantes, com o mesmo fator de risco. Ademais Canti et al. (2010), estudaram 54 pacientes que deram entrada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) há 10 anos ou mais, com diagnóstico de pré-eclâmpsia e gestantes saudáveis que foram consideradas o grupo controle, onde as mulheres do grupo da pré-eclâmpsia tiveram o Índice de Massa Corpórea (IMC), circunferência abdominal e PA diastólica bem mais elevada, do que as mulheres do grupo controle, percebendo-se que mesmo as gestantes não sendo obesas no período do diagnóstico da pré-eclâmpsia, elas têm maior tendência para desenvolver futuramente a obesidade.

Das complicações apenas duas tiveram registros nos prontuários, que foram cinco casos de insuficiência respiratória e um caso de DPP, não havendo nenhum registro de morte materna. Com isso percebe-se a enorme perda de informações importantes, com a falta de anotações dos profissionais de saúde, como também com a transferência de pacientes graves para a capital do estado, Teresina-Piauí, assim tendendo a minimizar os resultados encontrados.

A partir do debate que esse tema proporcionou, percebe-se a importância da realização da presente pesquisa, assim podendo descobrir o perfil das gestantes acometidas por intercorrências hipertensivas, como também as principais dificuldades e falhas dos profissionais no cuidado destas clientes, como é o caso da falta de registro, acompanhamento pré-natal não satisfatório, falta de repasse de informações ao público alvo e entre outras deficiências. Desta forma abre-se um espaço para ampliar o conhecimento de profissionais da saúde e com isso melhorar o atendimento prestado a estas mulheres.

7 CONCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos propostos no início da pesquisa, pode-se perceber que os resultados permitiram identificar quais intercorrências hipertensivas são mais prevalentes na macrorregião de Picos, bem como traçar o perfil das gestantes diagnosticadas com SHEG, PE e EC. Predominaram as pardas, com baixa escolaridade, lavradoras, com média de idade de 23,6 anos e com parceiro fixo. Ademais, foi possível conhecer municípios que apresentaram o maior número de casos, sendo estes Pio XI, Itainópolis e Monsenhor Hipólito.

Um achado alarmante foi à falta de informações em boa parte dos prontuários sobre os fatores de riscos das SHEG, sendo assim considerada ignorada, como também a inadequação das consultas de pré-natal em boa parte dos casos.

Assim, houveram algumas dificuldades na realização desse estudo, pois durante a coleta de dados, os prontuários, fonte de pesquisa, não traziam as informações completas das gestantes, sendo que o documento que mais apresentava informações eram as DNV, quando estas não estavam anexada no prontuário, impossibilitava a utilização do mesmo, abrindo uma exceção para os prontuários que apresentavam a DO, porém estes não traziam informações como, realização do pré-natal e quantidade das consultas, sem contar com a ilegibilidade da letra dos profissionais que atendem essas pacientes, dificultando a identificação de alguns diagnósticos iniciais, como também de sinais vitais, informações indispensáveis no atendimento dessas pacientes com síndromes hipertensivas.

Uma forma de minimizar estes problemas seria a anexação de documentos importantes nos prontuários, como a cópia do cartão da gestante e a declaração de nascidos vivos ou declaração de óbito, como também a adoção de prontuário eletrônico e de impressos que obriguem a anotação de informações relevantes como os sinais vitais.

Destacou-se, ainda, a escassez de literatura acerca da temática, principalmente publicadas nos últimos cinco anos, o que aponta para o pouco interesse sobre o tema, apesar de ser uma das principais complicações obstétricas que levam ao óbito materno nos últimos anos.

Por fim, espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam embasar melhorias na assistência das gestantes com SHEG, PE e EC, aumentando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o perfil e os principais fatores desencadeantes destas enfermidades, e a conseqüente melhora do atendimento pré-natal, para minimizar riscos, como também tratar as doenças já existentes.

REFERÊNCIAS

- AMADEI, J. L.; MERINO, C. G. Hipertensão Arterial e Fatores de Risco em Gestantes Atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, [S.I.] v.3, n.1, p.33-39, 2010.
- AMARAL, W. T.; PERAÇOLI, J. C. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. **Ciências Saúde**, [S.I.] v.22, n.1, p.161-168, 2011.
- ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **RBAC**, Maringá, v. 39, n.4, p. 243-245, 2007.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arq Bras Cardiol**, Goiânia-GO, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.
- BARBOSA, F. T. et al. Usos do Sulfato de Magnésio em Obstetrícia e em Anestesia. **Rev Bras Anesthesiol**, [S.I.] v. 60, n. 1, p. 104-110, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010b**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_piaui.pdf>. Acesso em: 08 jun. de 2015.
- _____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde**. v. 43, n.1, 2012b.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n.2, p. 15-25, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. 2009 a 2013. **DATASUS**, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>> Acesso em :05 jun. de 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), **DATASUS**, 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2208004009622> Acesso em: 19 jun. de 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar. **Portal da Saúde SUS**, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16177-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>> Acesso em 13 jun. de 2015c.

CANTI, I. C. T. Risk factors for cardiovascular disease ten year safter preeclâmpsia. **Sao Paulo Med J**, Porto Alegre-RS, v. 128, n.1, p. 10-13, 2010.

CERON, M. I. et al. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Rev. CEFAC**. [S.I.] v.15, n. 3, p. 653-662, 2013.

DALMÁZ, C.A. et al. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in Southern Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras**, Porto Alegre-RS, v. 57, n. 6, p.692-696, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

FERNANDES, A.M.S. et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos das gestações ectópicas em serviço universitário no período de 2000 a 2004. **Rev. Assoc. Med. Bras**, [S.I.]v.53, n.3, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia da pesquisa científica**. 3ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, [S.I.]v. 58, n. 1, p. 61- 64, 2005.

GONZÁLEZ, J. A. S. et al. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclâmpsia-eclâmpsia. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, Cuba, v. 38, n.3, p. 305-312, 2012.

HADDAD, S.E.M.T.; CECATTI, J.G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, [S.I.]v.33, n.5, p. 252-262, 2011.

LACERDA, I. C.; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclampsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011.

MARTINEZ, N. F. et al. Características clínicas e laboratoriais de gestantes com pré-eclâmpsia *versus* hipertensão gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Ribeirão Preto-SP, [S.N.] 2014.

MOREIRA, L.S. et al. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **FEMINA**, Goiânia-GO, v. 39, n.5, p.241-244, 2011.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm**, Fortaleza-CE, v. 15, n.2, p.250-255, 2010.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. **Tradução de Centro Colaborativo da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português**. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

POLGLIANI, R. B. S.; NETO, E. T. S.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Vitória-ES, v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos de avaliação e utilização**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL – EDUCAÇÃO. Fisiologia da Gravidez. **Artigo por Colunista Portal - Educação -terça-feira, 1 de janeiro de 2008**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/1919/fisiologia-da-gravidez#>>. Acesso em: 11 abr. de 2015.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIBAS S.I.; GUIRRO E.C.O. Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fases da gestação. **Rev Bras Fisioter**, Piracicaba-SP, v.11, n.5, p.391-396, 2007.

SALES, P. C. A.; FRANCO, N. T. Anestesia na gestante com pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte-MG, v.19, n.4, p.3-12, 2009.

SANTOS, E. M. F. et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Salvador-BA, v.34, n.3, p.102-6, 2012.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 2, p. 316-322, 2011.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Curitiba-PR, v. 31, n. 11, p. 566-573, 2009.

SOUZA, N. L. et al. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.6, p.1285-92, 2011.

VENTTORE, M. V. 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 Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

XU, S. et al. Pesando Riscos e Benefícios: Lições Aprendidas com as Intervenções Terapêuticas de um Caso com Pré-Eclâmpsia Grave. **Rev Bras Anesthesiol**, [S.I.] v.63, n.3, p.290-295, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

A(o) Senhor(a) Francisca Beomir Bez Barros Sousa
 Coordenador(a) do(a) Slou Tartar (SAME)

Eu, Dayze Djanira Furtado de Galiza, enfermeira e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estou desenvolvendo uma pesquisa tendo como título, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDOS POR ECLÂMPSIA DA MACRORREGIÃO DE PICOS-PI. O estudo terá como objetivo principal: Traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclampsia na Região do Vale do Rio Guaribas.

Assim, venho através deste, solicitar a autorização para acesso aos prontuários da gestantes. Os dados serão coletados pela acadêmica do curso de enfermagem Maryanna Tallyta Silva Barreto.

Esclareço que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para objetivos de pesquisa;
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado;

Em caso de esclarecimento entrar em contato com o pesquisador responsável:

NOME: Dayze Djanira Furtado de Galiza

ENDEREÇO: Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros.

CONTATOS: dayze_galiza@hotmail.com, Fone: (89)99722332

Eu, Dayze Djanira Furtado de Galiza, assumo as devidas responsabilidades pelo termo.

Picos, 30/03/ de 2015.

Dayze Galiza
 Assinatura do representante legal
PROF. DAYZE D. F. DE GALIZA
 COREN-PI 161906
 SIAPE - 2861313

Francisca Beomir Bez Barros Sousa
 Assinatura do representante legal pelo local da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: `Perfil epidemiológico de mulheres acometidas por eclampsia da macrorregião de Picos-PI

Pesquisador: Dayze Djanira Furtado de Galiza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24226714.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 542.829

Data da Relatoria: 26/02/2014

Apresentação do Projeto:

A maioria das gestações acontece sem intercorrências, isso caracteriza um estado de boa saúde do binômio materno fetal. Mas algumas gestantes podem apresentar várias complicações que podem causar morbidade, mortalidade materna e fetal, sendo uma delas a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). As síndromes hipertensivas da gestação permanecem como um problema de saúde pública, enfatizando o desenvolvimento de estratégias de atendimento como diagnóstico correto, acesso ao atendimento de saúde, monitoração da pressão arterial e seguimento farmacoterapêutico, segundo as características de cada paciente. Nesse sentido, o projeto apresentado intitulado "Perfil epidemiológico de mulheres acometidas por eclampsia da macrorregião de Picos-PI", objetiva a traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclâmpsia na Região do Vale do Rio Guaribas. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem quantitativa, de corte transversal. O estudo será realizado em um hospital de referência do município de Picos- PI, no período de outubro de 2013 a março de 2014. A coleta de dados será realizada por meio de prontuários e em livro de registros do centro cirúrgico das mulheres acometidas por essa enfermidade no período de janeiro de 2009 a novembro de 2013, cujo parto aconteceu no referido hospital. Os resultados serão apresentados em gráficos e tabelas, de forma descritiva, para melhor compreensão dos mesmos e analisados de acordo com a

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 542.829

literatura pertinente. Portanto, a assistência de enfermagem individualizada a este tipo de paciente é fundamental para que se estabeleça precocemente o diagnóstico com as suas devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe-filho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclâmpsia na Região do Vale do Rio Guaribas.

Objetivo Secundário:

- 1- Listar os municípios com maiores índices de eclâmpsia na Região do Vale do Rio Guaribas;
- 2- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da patologia;
- 3- Investigar se essas mulheres realizaram o pré-natal de forma correta no decorrer da gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece risco aos participantes, pois trata de um estudo retrospectivo, realizado em prontuários e em livro de registros.

Benefícios:

A pesquisa trará benefício por propor a identificação de características que possam auxiliar na prevenção da eclâmpsia em gestantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo quantitativo descritivo que visa traçar o perfil epidemiológico de mulheres acometidas por eclâmpsia da macrorregião de Picos- PI. A eclâmpsia é uma patologia que pode causar complicações durante a gestação, sendo caracterizada pela presença de convulsões. Os principais fatores de risco para desenvolvimento dessa morbidade são mulheres que engravidam com idade inferior a 15 anos e acima de 35, afrodescendentes, pacientes que possuem históricos de diabetes e hipertensão, obesidade, tabagismo e outros. A mortalidade materna constitui-se em grave violação dos direitos reprodutivos da mulher, visto que, grande parte dos óbitos maternos é evitável, desde que se ofereça assistência pré-natal de qualidade, possibilitando a identificação precoce dos fatores de risco. A partir dos resultados, espera-se melhorar a abordagem à gestante, possibilitando o estabelecimento de ações mais específicas a essa clientela, para evitar o surgimento dessa

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 542.829

complicação durante o período gestacional. Devido a grande incidência dessa patologia, conhecer os fatores de riscos prevalentes, a ocorrência e o acompanhamento pré-natal, fornecerá subsídios para a equipe de saúde, em particular o enfermeiro em formular estratégias que melhore o atendimento pré-natal a essas mulheres, contribuindo assim, para diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados, porém é preciso rever e atualizar cronograma de execução e o endereço do CEP/UFPI.

Recomendações:

Recomenda-se a atualização do cronograma, no campo "submissão ao CEP/UFPI".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 26 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO B – Autorização Institucional



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

SESAPI – Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C. 06.553.564/0102-81



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Venho por meio deste, solicitar a autorização para realização da pesquisa intitulada: **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ECLÂMPSIA DA MACRORREGIÃO DE PICOS-PI"**, que tem como objetivo principal (geral): Traçar o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por eclâmpsia na Região do Vale do Rio Guaribas. Esse estudo tem por pesquisadora responsável Dayze Djanira Furtado de Galiza, Professora Assistente do curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí campus de Picos (CSHNB). A população a ser investigada será constituída pelos prontuários e livro de registros do centro-cirúrgico.

Picos, Piauí, 26 de setembro de 2013

Roberto Albuquerque Moita
Coordenador Administrativo e Financeiro do HRJL

Hospital Regional Justino Luz
Assessor
Coordenador Administrativo
CPF: 0528-233-53

Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64.600-000 - Picos - PI
Fones: (89) 3422-1314/3422-1670
<http://hrjl.pi.gov.br>



Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas, S/N - Centro Administrativo - Bloco A
(86) 3216-3595 - 64018-200 - Teresina-PI
www.saude.pi.gov.br

ANEXO C – Termo de Anuência



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

SESAPI – Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C. 06.553.564/0102-81



TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital Regional Justino Luz, aceita receber e apoiar o (a) pesquisador Dayze Djanira Furtado de Galiza, que está submetendo um projeto de pesquisa intitulado "Perfil Epidemiológico de Mulheres Acometidas por Eclâmpsia da Macrorregião de Picos-PI". Esta instituição assume o compromisso de apoiar e disponibilizar a infra-estrutura adequado ao desenvolvimento do projeto de pesquisa durante todo o período de implementação do mesmo.

Picos, Piauí, 26 de setembro de 2013

Roberto Albuquerque Moura
Coordenador Administrativo e Financeiro do HRJL

Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64.600-000 - Picos - PI
Fones: (89) 3422-1314/3422-1670
<http://hrjl.pi.gov.br>



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas, S/N - Centro Administrativo - Bloco A
(86) 3216-3595 - 64018-200 - Teresina-PI
www.saude.pi.gov.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (x) Monografia
 () Artigo

Eu, Maryanna Gollyta Silva Barreto,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Perfil epidemiológico de Mulheres acometidas por Síndrome
Hipertensiva Específica da Gestação na Macroregião de Picos-PI
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 27 de Novembro de 2015.

Maryanna Gollyta Silva Barreto
 Assinatura

 Assinatura