

# Cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos

## Prenatal and puerperal care of pregnant women at a health center of Minas Gerais regarding the risk of preeclampsia: clinical, nutritional and therapeutic aspects

Patrick Leonardo Nogueira da Silva<sup>1</sup>([orcid.org/0000-0003-2399-9526](https://orcid.org/0000-0003-2399-9526)), Jéssica Soares de Oliveira<sup>2</sup>, Aline Patrícia Oliveira Santos<sup>2</sup>, Maria Dolores Tiago Vaz<sup>3</sup>

1. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente (PPGSASA) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Diamantina, MG, Brasil. 2. Docente do Curso de Graduação em Farmácia das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros, MG, Brasil. 3. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros, MG, Brasil.

### Resumo

**Introdução:** A pré-eclâmpsia é uma condição específica da gestação que envolve a falência de diversos órgãos e está associada à hipertensão, à retenção generalizada de líquido (edema) e à proteinúria. Trata-se de uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, sendo mais frequente no terceiro trimestre, e que se estende até o puerpério. **Objetivo:** Avaliar os aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos nos cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental, com abordagem quantitativa realizado em um centro de saúde, em que a amostra foi composta por 36 mulheres em acompanhamento pré-natal e puerperal. Foi utilizado um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados. Utilizou-se, ainda, o prontuário clínico de atendimento ambulatorial e o cartão da gestante para a captação dos dados. O tratamento estatístico se deu por meio de epidemiologia descritiva simples não paramétrica e não probabilística. **Resultados:** Houve prevalência de gestantes jovens; com idade entre 18-24 anos; primigestas; sem acompanhamento puerperal, antecedentes familiares e pessoais de doença hipertensiva. Houve predomínio de quatro refeições diárias com restrições hipersódicas. Apenas 10,8% utilizavam plantas medicinais, faziam uso de polifarmácia devido à sintomatologia múltipla da gestação, e manifestavam condutas quanto ao tratamento de modo a gerar falhas e comprometer a evolução gestacional. **Conclusão:** Há falhas no acompanhamento profissional à gestante em nível de Atenção Primária à Saúde, principalmente no que diz respeito à terapêutica, de modo a comprometer a qualidade da gravidez.

**Palavras-chave:** Pré-eclâmpsia. Gravidez de Alto Risco. Centros de Saúde.

### Abstract

**Introduction:** preeclampsia is a specific condition of gestation that involves the failure of several organs and is associated with hypertension, generalized fluid retention (edema) and protein in urine. It is an obstetric pathology that arises after the twentieth week of gestation, being more frequent in the third trimester and extending to the puerperium. **Objective:** to evaluate the clinical, nutritional and therapeutic aspects in the prenatal and puerperal care to the pregnant women of a health center of Minas Gerais regarding the risk of pre-eclampsia. **Method:** This is a descriptive, exploratory, documental study, with a quantitative approach, performed in a health center in which the sample consisted of 36 women in prenatal and puerperal follow-up. A semi-structured questionnaire was used as a data collection instrument. We also used the outpatient clinic chart and the pregnant woman's card to collect the data. The statistical treatment was given through non-parametric and non-probabilistic simple descriptive epidemiology. **Results:** there was a prevalence of young pregnant women aged 18-24 years; first pregnancy; without puerperal follow-up, family and personal history of hypertensive disease. There was a predominance of four daily meals with hypersodium restriction. Only 10.8% used medicinal plants, made use of polypharmacy due to the multiple symptomatology of gestation and manifest treatment behaviors in order to generate failures and compromise gestational evolution. **Conclusion:** there are failures in the professional follow-up of the pregnant woman at the Primary Health Care level, especially with regard to therapeutics, in order to compromise the quality of pregnancy.

**Key words:** Pre-eclampsia. Pregnancy. High-Risk. Health Centers.

### INTRODUÇÃO

A gravidez configura-se como um fenômeno fisiológico, sendo esta parte de uma experiência de vida saudável de modo a envolver mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Essas mudanças são necessárias para o desenvolvimento saudável da mãe e do feto; entretanto, representam uma situação limítrofe que pode indicar riscos

**Correspondência:** Patrick Leonardo Nogueira da Silva. Campus JK - Rodovia MGT 367, km 583, nº 5000, Alto da Jacuba, Diamantina, MG, Brasil. CEP: 39.100-000. E-mail: [patrick\\_mocesp70@hotmail.com](mailto:patrick_mocesp70@hotmail.com)

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 4 Feb 2017; Revisado em: 21 Jun 2017; 10 Set 2017; 2; Aceito em: 13 Set 2017

para ambas as partes, havendo um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez de alto risco<sup>1</sup>.

Em um estudo, é abordado que a maior parte das internações de mulheres entre 15 e 59 anos de idade relacionou-se, direta ou indiretamente, à reprodução. Grande parte delas apresenta diagnóstico principal de causas relacionadas ao aborto e aos transtornos hipertensivos associados à gravidez, ao parto e ao puerpério, configurando as principais causas de mortalidade materna no país. Mulheres que apresentam tais problemas necessitam dobrar a vigilância com acompanhamento médico, nutricional e farmacêutico para atestar resultados positivos e menos complicações futuras<sup>2</sup>.

Na gestação, são observadas alterações fisiológicas oriundas de fatores hormonais e mecânicos que ocorrem na maioria dos sistemas orgânicos. A postura fisiológica da gestante pode ser alterada de modo a propiciar expansões do volume uterino. Desse modo, as modificações metabólicas também são necessárias para ajustar as exigências do desenvolvimento do feto, bem como as alterações e adaptações em vários órgãos e sistemas do corpo humano para melhor receber o feto<sup>3</sup>. Os diferentes sintomas e sinais adquiridos nessas transformações fisiológicas são medidos com desenvolvimento simples e eficaz, a serem implantados durante o acompanhamento da paciente com o pré-natal para que possa obter resultados positivos no período gestacional<sup>4</sup>.

A gravidez de risco representa um problema para os profissionais da saúde. Com o avanço das tecnologias de modo a facilitar a gravidez em casais inférteis, cresceu também o âmbito na qualidade de vida (QV) das crianças e da família, o que, conseqüentemente, reduziu a taxa de gravidez de risco. A detecção precoce do risco se faz de importância fundamental nos cuidados perinatais<sup>5</sup>.

Entre os vários tipos de complicações que podem vir a ocorrer, existem aquelas condições clínicas que a gestante já apresenta como a pré-eclâmpsia, que se define como uma doença hipertensiva na qual a pressão arterial sistólica (PAS) atinge valor  $\geq 140$  mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) atinge valor  $\geq 90$  mmHg, em duas medidas com intervalo mínimo de quatro horas<sup>6</sup>. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete todos aqueles que atingem esse nível quando o paciente não toma as medidas necessárias, como sequências na aferição, devendo ser, no mínimo, três vezes durante o dia e três vezes por semana, sendo acompanhando por um profissional habilitado, que deve fazer um controle alimentar, pois esse nível de HAS é considerado limítrofe pela cardiologia brasileira.

A ocorrência da HAS na gestação apresenta um índice de 6-10% das gestantes primíparas. A HAS gestacional apresenta dois estágios evolutivos, sendo estes: a pré-eclâmpsia, marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação na sua forma não compulsiva; e a eclâmpsia, que é um distúrbio identificado por episódios convulsivos consequentes ao efeito

cerebral profundo da pré-eclâmpsia<sup>7</sup>.

A HAS existente antes da gravidez pode-se agravar no decorrer da gestação, ou também induzi-la em mulheres normotensas, sendo ainda considerada pré-eclâmpsia na ausência da proteinúria e acompanhada de sintomas como cefaleia, visão turva e escurecida e dor abdominal, ou de valores anormais de testes laboratoriais, especialmente plaquetopenia e hepatocitose<sup>6</sup>. A pré-eclâmpsia é uma doença que eleva a pressão arterial (PA) da gestante causando danos graves ao bebê e à mãe. Seus sintomas são: edema de membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII); edema na face; edema generalizado; ganho súbito de peso; cefaleia; epigastralgia; desconforto respiratório; e mal-estar. Todavia, todos esses sintomas podem ser evitados mediante o diagnóstico precoce e os cuidados adequados a esse período<sup>8,9</sup>.

O desenvolvimento de tal síndrome pode ser influenciado por fatores modificáveis, como a obesidade, a diabetes mellitus (DM), a HAS, as nefropatias, as dietas hipoproteicas e hipersódicas, entre outras; e fatores não modificáveis, como a idade elevada, o histórico familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, e grupo sanguíneo "AB". Modificações morfológicas e funcionais das gestantes, em grande parte, são causadas pelo espasmo arteriolar que acomete os vasos sanguíneos, o que impede o fluxo de sangue, eleva a pressão sanguínea e deprime, em até 60%, algumas funções cerebrais e orgânicas, provando, assim, a gravidade dos distúrbios hipertensivos por meio da intensidade de se obter descolamento prematuro da placenta (DPP), baixo peso, prematuridade e óbito materno-fetal<sup>10</sup>.

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto. A interrupção da gravidez está preconizada analisando diversos fatores, como a idade gestacional (IG), a gravidade, o bem-estar fetal e a presença ou não de complicações. Nas situações em que não é possível e recomendável interromper a gravidez, várias condutas têm sido indicadas, sendo estas: corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, tratamento anti-hipertensivo, expansão do volume plasmático, hospitalização e terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio. A gestante precisa sempre manter a sua PA controlada, além de ter uma alimentação adequada e repouso, sendo, ainda, a prevenção a melhor forma de tratamento desse tipo de patologia<sup>11</sup>.

A principal importância do tratamento na gestação com HAS crônica é diminuir os índices de risco materno para promover uma vida com condições ideais para o feto. Pacientes com o quadro hipertensivo longo possuem uma grande necessidade de uma investigação devido a complicações que podem ocorrer, tais como lesões em alguns órgãos. Sendo assim, este estudo objetivou avaliar os aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos nos cuidados pré-natais e puerperais às gestantes de um centro de saúde de Minas Gerais quanto ao risco de pré-eclâmpsia.

## MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada "Atenção farmacêutica no período gestacional alertando sobre o risco de pré-eclâmpsia

em centro de saúde de Montes Claros”, apresentada ao Departamento de Farmácia das Faculdades Unidas do Norte de Minas/FUNORTE. Montes Claros (MG), Brasil. 2016.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Saúde localizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A amostra foi composta por 36 mulheres em acompanhamento pré-natal e puerperal deste Centro de Saúde.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a participação no estudo: ser gestante acima de 18 anos; estar no dia, local e hora marcada para a entrevista; ser cadastrada na área de abrangência do Centro de Saúde e apresentar o cartão da gestante com todas as informações clínicas devidamente preenchidas.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa, assinando o TCI de modo a autorizar a realização do estudo. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2016, durante os meses de agosto e setembro.

Foi utilizado um questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados. Utilizaram-se, também, os dados dos prontuários clínicos de atendimento ambulatorial e do cartão da gestante. Este questionário abordou os seguintes aspectos: clínico-epidemiológico, nutricional e medicamentoso. Foi realizada uma entrevista com apenas 27,7% do grupo de estudo, com foco na atenção farmacêutica à gestante de alto risco.

Foram realizadas perguntas simples e objetivas, para, assim, complementar as informações que foram encontradas nos prontuários das participantes. Levantaram-se dados a respeito do histórico familiar das participantes, dos problemas de saúde, hábitos de vida e medicamentos utilizados, das patologias crônicas, entre outros, com o intuito de analisá-los e relacioná-los com problemas que ela possa vir a apresentar, e assim aplicar a atenção farmacêutica àquela gestante.

Os dados foram armazenados no banco de dados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 20.0. Eles foram tabulados e apresentados em tabelas por meio de frequências absolutas, percentuais, média aritmética ponderada (MAP) e desvio padrão corrigido (DPC), em que se utilizou o programa Microsoft Excel®, versão 2010, para sua construção. O tratamento dos dados se deu por meio de epidemiologia descritiva simples não paramétrica e não probabilística.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos<sup>12</sup>. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte

de Minas (CEP FUNORTE), sob o parecer consubstanciado nº 1.557.335/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53297615.7.0000.5141.

Os participantes foram devidamente orientados quanto às diretrizes do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de modo a autorizar a realização da pesquisa.

## RESULTADOS

Observou-se prevalência de gestantes jovens, com idade entre 18-24 (52,7%), primigestas/primíparas (61,2%), sem acompanhamento puerperal (61,2%), sem antecedentes familiares de HAS (66,7%), em cujos familiares não ocorreram casos de pré-eclâmpsia e antecedentes pessoais da doença (97,1%). O estudo apresentou apenas uma mulher com a síndrome hipertensiva na gestação anterior (Tabela 1). Vale ressaltar que 77,7% das gestantes apresentaram oscilação na aferição da PA

**Tabela 1.** Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2016. (n=36)

Variáveis	n	%	MAP	DPC
<b>Faixa etária (anos)</b>				
18-24	19	52,7	39,86	5,59
25-31	12	33,3		
32-38	04	11,1		
39-45	01	2,9		
<b>Gestações</b>				
Nenhuma	22	61,2	0,58	0,52
Uma	07	19,4		
Duas	07	19,4		
<b>Acompanhamento puerperal</b>				
Sim	14	38,8	-	-
Não	22	61,2		
<b>Antecedentes familiares (HAS)</b>				
Sim	12	33,3	-	-
Não	24	66,7		
<b>Antecedentes pessoais (pré-eclâmpsia)</b>				
Sim	01	2,9	-	-
Não	35	97,1		

**Fonte:** Dados da pesquisa, Montes Claros, 2016.

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica, MAP = Média Aritmética Ponderada, DPC = Desvio Padrão corrigido.

Outro aspecto pesquisado foi o perfil nutricional o qual repercute nos hábitos de vida da gestante. Salienta-se que apenas 10 gestantes (27,7%) foram captadas para responderem à entrevista, pois as outras (72,3%) não estavam acessíveis à interlocução. Os demais dados foram captados por meio

do prontuário clínico de atendimento ambulatorial e do cartão espelho da gestante. Observou-se que, das gestantes entrevistadas, a maior parte delas faziam apenas quatro refeições diárias (16,7%) e apresentavam restrições ao sal (8,5%) (Tabela 2). Em relação à prática de atividade física, nenhuma das entrevistadas apresentou esse hábito. Foi relatado, ainda, apenas um caso de gestante tabagista, consumindo cerca de quatro cigarros por dia durante a gestação.

**Tabela 2.** Perfil nutricional das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2016. (n=36)

Variáveis	n	%	MAP	DPc
Quantidade de refeições realizadas				
Quatro refeições	06	16,7	1,25	0,71
Cinco refeições	03	8,3		
Seis refeições	01	2,7		
Gestante sem acesso	26	72,3		
Restrições alimentares				
Sal	03	8,5	-	-
Massa	02	5,5	-	-
Açúcar	02	5,5	-	-
Gordura	01	2,7	-	-
Sem restrição	02	5,5	-	-
Gestante sem acesso	26	72,3	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, Montes Claros, 2016.

MAP = Média Aritmética Ponderada, DPc = Desvio Padrão corrigido.

Quanto à utilização de plantas medicinais, tem-se que somente 10,8% do grupo de estudo utilizavam plantas medicinais. Durante o período gestacional, a gestante pode manifestar sintomatologia múltipla (clínica ou laboratorial, como aumento pressórico, anemia ferropriva, infecções e/ou parasitoses, crises álgicas diversas, tonturas e enjoos, entre outros) de modo a ter que fazer uso de polifarmácia para a melhora dos sintomas. Em se tratando das condutas adotadas pelas gestantes em relação ao comprometimento do tratamento medicamentoso, observam-se falhas por parte delas que comprometem a boa evolução gestacional (Tabela 3).

**Tabela 3.** Perfil terapêutico das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2016. (n=36)

Variáveis	n	%
<b>Plantas medicinais utilizadas</b>		
Alecrim	01	2,7
Poejo	01	2,7
Camomila	01	2,7
Hortelã	01	2,7
Não faz uso	06	16,9

Variáveis	n	%
Gestante sem acesso	26	72,3
<b>Medicamentos utilizados</b>		
Ácido fólico	15	41,6
Sulfato ferroso	14	38,8
Cefalexina 500mg	02	5,5
Buscopan composto	03	8,3
Paracetamol 500mg	04	11,1
Mebendazol 500mg	01	2,7
Diclofenaco sódico 50mg	01	2,7
Metronidazol 250mg	01	2,7
Dramin B6 60mg	01	2,7
Ambroxol 120ml	01	2,7
Neutrofer 150mg	01	2,7
Metildopa 500mg	01	2,7
Ácido fólico + Combirom	01	2,7
Lisador	01	2,7
Dipirona 500mg	01	2,7
<b>Conduta do paciente quanto à utilização medicamentosa</b>		
Ao se esquecer de tomar uma dose do medicamento, toma-a na próxima dose.	18	50,0
Ao se esquecer de tomar uma dose do medicamento, toma-a quando lembra.	18	50,0
Sentindo um efeito desagradável, interrompe o tratamento.	29	80,5
Sentindo um efeito desagradável, continua o tratamento.	07	19,5
Ao sentir algum efeito desagradável, procura o médico.	22	61,1
Ao sentir algum efeito desagradável, procura o farmacêutico.	11	30,5
Ao sentir algum efeito desagradável, não procura nenhum profissional de saúde.	03	8,4
Em caso de doença, procura o médico.	36	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, Montes Claros, 2016.

## DISCUSSÃO

A pré-eclâmpsia, também conhecida como doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), é influenciada por fatores de risco não modificáveis, como cor, idade e hereditariedade; e por fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, obesidade, HAS, estresse, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, DM, entre outros, que repercutem nos hábitos e no estilo de vida<sup>13</sup>. A gravidez precoce ou tardia, no que diz respeito à idade da gestante, pode contribuir para o desenvolvimento de complicações durante este período. O intervalo ideal para uma gravidez delimita-se entre 25-35 anos<sup>14, 15</sup>. O número de gestações é um fator que interfere na boa evolução gestacional, pois mães múltiparas tendem a ter maior experiência quanto aos

cuidados neonatais quando comparadas às mães primíparas. O acompanhamento puerperal faz-se necessário, tendo em vista a avaliação clínica da recuperação do pós-operatório, bem como a cicatrização de uma cesariana ou da episiotomia do parto vaginal, do surgimento de hemorragias e de infecções<sup>16</sup>. Neste estudo, a maior parte são gestantes jovens, com idade entre 18-24 anos, sem acompanhamento puerperal. Estes dados contradizem ao preconizado pela literatura científica.

Vários estudos relatam que a pré-eclâmpsia é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal. Essa síndrome é responsável pela maioria dos partos prematuros, por esta ser a opção de tratamento mais segura para a mãe e para o feto. A influência do déficit dos hábitos de vida e a qualidade da assistência oferecida configuram um indicativo da pré-eclâmpsia<sup>17-19</sup>. Observa-se que, durante as gestações, elas apresentavam essa oscilação de PA, o que representa um fator que poderá desencadear a doença. O conhecimento das gestantes a respeito da pré-eclâmpsia é limitado, e sua gravidade clínica só passa a ser percebida quando há a necessidade do atendimento em um serviço de maior complexidade.

A investigação dos antecedentes familiares e pessoais da gestante contribui para a diminuição da incidência desta doença e proporciona a ela um ambiente propício para uma gestação tranquila e segura. Quanto maior for o número desses antecedentes já conhecidos e diagnosticados pelo profissional durante o pré-natal, maior o risco da gravidez. São alguns dos antecedentes pessoais e familiares investigados: HAS, DM, infecção do trato urinário (ITU) prévia, parto gemelar, cardiopatia, infertilidade, tromboembolismo, alguma cirurgia pélvica uterina, entre outros<sup>20-21,14</sup>. Neste estudo, constatou-se que a maior parte das gestantes negou a presença de antecedentes familiares e pessoais para HAS e DHEG de modo a não descartar um possível desenvolvimento em decorrência de maus hábitos de vida. Sendo assim, a vigilância a elas deve ser intensificada.

A alimentação da gestante deve ter acompanhamento nutricional tendo em vista a quantidade de refeições feitas e permitidas, as restrições alimentares, as doenças de base, o ganho de peso normal permitido e, principalmente, a avaliação do índice de massa corporal (IMC). O ganho de peso acentuado durante o período gestacional pode proporcionar o desenvolvimento de doenças metabólicas, como: diabetes gestacional e obesidade infantil. É aconselhável que a gestante alimente-se em menor quantidade, porém mais vezes ao dia. A falta de informação envolvendo grande parte das mulheres é um fator que predispõe o aparecimento de situações de risco na gestação. Uma alimentação balanceada com restrições de sal, gordura, massa ou açúcar promove uma gestação tranquila e fora dos riscos de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional<sup>15</sup>. Os achados deste estudo mostram que a maior parte da amostra entrevistada alimenta-se quatro vezes ao dia, tendo que restringir o sal da comida, considerando os antecedentes familiares para HAS. Eles relatam ausência de atividade física, que podem gerar outras comorbidades.

Com relação à terapêutica, apenas 10,8% faziam uso de fitoterapia à base de plantas medicinais, as quais, por sua vez, podem-se aliar ao controle da sintomatologia múltipla gerada pela gravidez e reduzir o consumo da polifarmácia por parte da gestante. O ácido fólico e o sulfato ferroso são os medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para o uso durante a gravidez. O ácido fólico contribui para o fechamento do tubo neural do feto e deve ser utilizado até o terceiro mês da gestação. Já o sulfato ferroso previne o aumento da anemia ferropriva, tendo em vista que a gestante já apresenta uma anemia fisiológica por carência de ferro. Conforme os resultados dos exames laboratoriais, o sulfato ferroso pode ser aumentado ou mantido. Outros sintomas podem ser também diagnosticados, como hipertensão, dores, infecções, parasitoses, enjoos e vômitos, tosse, entre outros, de modo a ter que utilizar outros tipos de medicamentos para o controle sintomatológico. Sendo assim, o Paracetamol, o Buscopan e a Cefalexina foram os mais prevalentes<sup>23</sup>.

O comprometimento com a terapia medicamentosa faz-se imprescindível no tratamento de algumas doenças adquiridas durante a gestação. A periodicidade de cada fármaco deve ser seguida conforme a prescrição médica de modo a evitar a progressão dos sintomas<sup>11,13-14,22-23</sup>. Em se tratando das condutas adotadas pelas gestantes com relação ao comprometimento do tratamento medicamentoso, observam-se falhas por parte delas que comprometem a boa evolução gestacional, como esquecimento do horário certo, prorrogando-o para a próxima dose ou para quando se lembram; em caso de efeitos colaterais da medicação, suspendem-na por seus próprios meios e não procuram um profissional de saúde; quando resolvem buscar ajuda profissional, o médico é o mais procurado, seguido do farmacêutico. Uma pequena parcela não procura ajuda nenhuma de modo a comprometer a qualidade do tratamento.

## CONCLUSÃO

Por meio dos resultados deste estudo, observa-se a prevalência de gestantes jovens, primigestas/primíparas, a maior parte com acompanhamento puerperal não realizado, antecedentes familiares com ausência de doença hipertensiva pela maioria das gestantes e apenas um único caso diagnosticado de pré-eclâmpsia. É importante intensificar a vigilância a essas gestantes quanto aos fatores de risco, principalmente os modificáveis, de modo a proporcionar tranquilidade a elas e um bom desenvolvimento fetal. Ressalta-se ainda a importância investigativa dos antecedentes familiares quanto às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e aos antecedentes pessoais a fim de preveni-los durante o período gestacional. Em gestantes de médio e alto risco, quando diagnosticadas, o acompanhamento deve ser prioritário, contínuo e com preferência mínima de duas consultas mensais, quando comparadas a uma gestação de risco habitual.

Os fatores nutricionais são de extrema importância para a gestante em decorrência da boa evolução materno-fetal. Neste estudo, das gestantes entrevistadas, uma parcela significativa da amostra faz quatro refeições mínimas diárias. Salienta-

se que, quanto maior o número de refeições com dosagem quantitativa da alimentação, melhor será para a gestante, pois uma quantidade mínima a ser absorvida pelo organismo evitaria o surgimento de algumas doenças metabólicas, principalmente a pré-eclâmpsia e a diabetes gestacional. Sendo assim, faz-se importante a restrição de alguns substratos alimentares, como o sal e o açúcar.

A utilização de um tratamento alternativo, como a fitoterapia ou a utilização de plantas medicinais, pode contribuir benéficamente para a manutenção gestacional, pois ele viabiliza a redução da terapia farmacológica e o uso de polifarmácia. Neste estudo, a mínima parte das gestantes faz uso fitoterápico

para a amenização sintomatológica da gravidez; enquanto a maior parte utiliza a polifarmácia para conseguir esse efeito. Observa-se que, com relação ao tratamento farmacológico, há a falta de comprometimento das gestantes de modo a prejudicar a evolução fetal. Nota-se que parte delas se esquece de tomar o medicamento e não procura ajuda profissional.

Sendo assim, conclui-se que há falhas no acompanhamento profissional à gestante, principalmente no que diz respeito à terapêutica, de modo a comprometer a qualidade da gravidez. Faz-se necessário o acompanhamento supervisionado, tanto da alimentação, quanto da terapêutica adotada, aumentando, assim, a qualidade de vida da gestante e a sobrevida fetal.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Calife K, Lago T, Lavras C, organizadores. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo: SES/SP; 2010.
3. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
4. Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. *Manual de ginecologia e obstetrícia*. Belo Horizonte: SOGIMIG/COOPMED; 2012.
5. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em obstetrícia*. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2011.
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Comissões Nacionais Especializadas. Manual de orientação: gestação de alto risco*. Rio de Janeiro: FEBRASGO/CNE; 2011.
7. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. *Rev RENE*. 2010 Out-Dez;11(4):66-75.
8. Hentschke MR, Sussela AO, Marrone LCP, Costa BEP, Poli-de-Figueiredo CE, Gadonski G. Caso de hemianopsia reversível no pós-parto decorrente de síndrome da encefalopatia reversível posterior (PRES) em gestante com eclâmpsia tardia. *J Bras Nefrol*. 2016;38(2):265-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160037>.
9. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(11):566-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009001100007>.
10. Moura ERF, Oliveira CGS, Damasceno AKC, Pereira MMQ. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enferm*. 2010 Abr-Jun;15(2):250-5.
11. Noronha Neto C, Souza ASR, Amorim MMR. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 Set;32(9):459-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000900008>.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2013 Jun 13; Seção 1. p. 59.
13. Oliveira ACM, Santos AA, Bezerra AR, Barros AMR, Tavares MCM. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(2):113-20. doi: [10.5935/abc.20150150](http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150150).
14. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Mar;34(3):102-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000300002>.
15. Reis ZSN, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes LR, Oliveira ECL et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 Dez;32(12):584-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001200004>.
16. Linhares JJ, Macêdo NMQ, Arruda GM, Vasconcelos JLM, Saraiva TV, Ribeiro AF. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(6):259-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004812>.
17. Ruiz MT, Azevedo CT, Ferreira MBG, Mamede MV. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):55-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56776>.
18. Souza VFF, Dubiela A, Serrão Júnior NF. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclâmpsia. *Fisioter Mov*. 2010 Out-Dez;23(4):663-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000400016>.
19. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1285-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600002>.
20. Wendland EMR, Duncan BB, Belizán JM, Vigo A, Schmidt MI. Gestational diabetes and pre-eclâmpsia: common antecedents? *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008 Ago;52(6):975-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000600008>.
21. Figueiró-Filho EA, Oliveira VM, Coelho Lílian R, Breda I. Marcadores séricos de trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em gestantes com antecedentes de pré-eclâmpsia grave. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Jan;34(1):40-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100008>.
22. Ferrão MHL, Pereira ACL, Gersgorin HCTS, Paula TAA, Corrêa RRM, Castro ECC. Eficácia do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras*. 2006 Dez;52(6):390-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000600016>.
23. Langaro F, Santos AH. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. *Psicol Cienc Prof*. 2014 Jul-Set;34(3):625-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.

### Como citar este artigo/How to cite this article:

Silva PLN, Oliveira JS, Santos APO, Vaz MDT. Cuidados Pré-natais e Puerperais às Gestantes de um Centro de Saúde de Minas Gerais quanto ao Risco de Pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos. *J Health Biol Sci*. 2017 Out-Dez; 5(4):346-351.