



CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

DE GESTANTES

COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



Erick Michell Bezerra Oliveira
Aline Cristina Ribeiro da Luz
Luanna da Silva de Assunção
Glenda Lima Negreiros
Rubenilson Luna Matos
Jonas Alves Cardoso
Julianne de Area Leão Pereira da Silva
Francisco de Assis Viana dos Santos
Felipe Azevedo da Silva
Domingas Marlyene Silva Conceição
Paloma Queiroz Folha
Flavio Bruno Rodrigues de Assunção
Angela de Melo Santos
Tássio de Jesus Oliveira
Hernandys Ribeiro Bezerra
Estélio Silva Barbosa
Roberta Taizar Bezerra Silva
Alan Borba Pereira
Géofrey Henrick Silva Galvão
Manoel Augusto de Moura

 **Atena**
Editora
Ano 2021



CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

DE GESTANTES

COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



Erick Michell Bezerra Oliveira
Aline Cristina Ribeiro da Luz
Luanna da Silva de Assunção
Glenda Lima Negreiros
Rubenilson Luna Matos
Jonas Alves Cardoso
Julianne de Area Leão Pereira da Silva
Francisco de Assis Viana dos Santos
Felipe Azevedo da Silva
Domingas Marlyene Silva Conceição
Paloma Queiroz Folha
Flavio Bruno Rodrigues de Assunção
Angela de Melo Santos
Tássio de Jesus Oliveira
Hernandys Ribeiro Bezerra
Estélio Silva Barbosa
Roberta Taizar Bezerra Silva
Alan Borba Pereira
Géofrey Henrick Silva Galvão
Manoel Augusto de Moura


Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacão do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Caracterização clínico-epidemiológica de gestantes com hipertensão arterial sistêmica

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C257 Caracterização clínico-epidemiológica de gestantes com hipertensão arterial sistêmica / Erick Michell Bezerra Oliveira, Aline Cristina Ribeiro da Luz, Luanna da Silva de Assunção, et al. - Ponta Grossa - PR, 2021.

Outros autores

Glenda Lima Negreiros
Rubenilson Luna Matos
Jonas Alves Cardoso
Julianne de Area Leão Pereira da Silva
Francisco de Assis Viana dos Santos
Felipe Azevedo da Silva
Domingas Marlyene Silva Conceição
Paloma Queiroz Folha
Flavio Bruno Rodrigues de Assunção
Angela de Melo Santos
Tássio de Jesus Oliveira
Hernandys Ribeiro Bezerra
Estélio Silva Barbosa
Roberta Taizar Bezerra Silva
Alan Borba Pereira
Géofrey Henrick Silva Galvão
Manoel Augusto de Moura

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-687-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.871212211>

1. Gestantes. 2. Hipertensão. 3. Arterial Sistêmica. 4. Hipertensão gestacional. I. Oliveira, Erick Michell Bezerra. II. Luz, Aline Cristina Ribeiro da. III. Assunção, Luanna da Silva de. IV. Título.

CDD 618.3

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
INTRODUÇÃO.....	4
REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
GESTAÇÃO	7
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA GRAVIDEZ.....	15
FISIOTERAPIA NO PERÍODO GESTACIONAL	20
ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NO PERÍODO PUERPERAL.....	25
METODOLOGIA.....	33
TIPO DE ESTUDO.....	33
CENÁRIO DO ESTUDO	33
POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
ANÁLISE DE DADOS.....	34
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	34
DISCUSSÃO.....	40
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD -	Atividade de Vida Diária
CEAMI -	Centro Especializado Ambulatorial Materno-Infantil
CEP -	Comitê de Ética em pesquisa
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
DIU -	Dispositivo Intrauterino
DLM -	Drenagem Linfática Manual
DM -	Diabetes Mellitus
DMG -	Diabetes Mellitus Gestacional
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAC -	Hipertensão Arterial Crônica
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HG -	Hipertensão Gestacional
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de desenvolvimento humano
IMC -	Índice de Massa Corporal
IU -	Infecção Urinária
MHC -	Moléculas do Complexo Principal de Histocompatibilidade
MMII -	Membros inferiores
MMSS -	Membros superiores
OMS -	Organização mundial da saúde
SHEG -	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP -	Trombose venosa profunda

RESUMO

A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, porém, uma boa parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever as características clínicas e epidemiológicas das gestantes hipertensas atendidas no Centro Especializado Ambulatorial Materno-Infantil (CEAMI) do município de Caxias - MA. A pesquisa foi do tipo descritiva-exploratória, transversal, com abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação de questionário a 37 gestantes hipertensas atendidas no referido centro. Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Office Excel for Windows. As análises foram realizadas através do software estatístico SPSS® v.21.0, e os resultados foram dispostos em tabelas. A maioria das gestantes encontrava-se na faixa etária entre 26 e 40 anos (59,5%). A maior parte das gestantes era casada (81,1%); possuía ensino médio ou fundamental (75,6%); recebia até 1 salário mínimo (73%); donas de casa (48,6%); sedentárias (70,3%); altura e peso médio, respectivamente de $157 \pm 7,9$ cm e $77,8 \pm 14,1$ kg e IMC médio de $31,5 \pm 4,9$. A frequência de busca por consulta médica relacionada ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi de 64,9%, associada principalmente a diabetes mellitus (18,9%). O medicamento mais utilizado foi a metildopa (89,2%). Mais da metade das mulheres era múltipara (67,5%), realizaram parto normal (32,4%) e a principal complicação foi a infecção urinária (13,5%). Faz-se necessário um conjunto de ações técnicas multiprofissionais e de gestão de saúde, que possa proporcionar a essas gestantes neste período uma atenção cautelosa, principalmente entre as gestantes com diagnóstico de HAS, visando promover uma assistência de qualidade e reduzir as morbidades que levam as mulheres a desenvolver uma gestação de alto risco.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Hipertensão. Arterial Sistêmica. Hipertensão gestacional.

ABSTRACT

Most pregnancies are uneventful, but most pregnant women may have complications at high risk of maternal and fetal morbidity and mortality, such as Pregnancy Specific Hypertensive Syndrome. Thus, the objective of this study was to describe the clinical and epidemiological characteristics of hypertensive pregnant women attended at the Specialized Ambulatory Center Maternal and Child (CEAMI) in the city of Caxias - MA. The research was descriptive-exploratory, cross-sectional, with quantitative approach, conducted by applying a questionnaire to 37 hypertensive pregnant women attended at the center. Data were stored in Microsoft Office Excel for Windows. The analyzes were performed using the statistical software SPSS® v. 21.0, and the results were arranged in tables. Most of the pregnant women were between 26 and 50 years old (59.5%). Most pregnant women were married (81.1%); had high school or elementary school (75.6%); received up to 1 minimum wage (73%); housewives (48.6%); sedentary (70.3%); height and average weight, respectively, of 157 ± 7.9 cm and 77.8 ± 14.1 kg and mean BMI of 31.5 ± 4.9 . The frequency of seeking medical consultation related to the diagnosis of systemic arterial hypertension (SAH) was 64.9%, mainly associated with diabetes mellitus (18.9%). The most used drug was methyldopa (89.2%). More than half of the women were multiparous (67.5%), had normal delivery (32.4%) and the main complication was urinary tract infection (13.5%). It is necessary a set of multiprofessional technical actions and health management, which can provide these pregnant women during this period with careful attention, especially among pregnant women diagnosed with hypertension, aiming to promote quality care and reduce the morbidities that lead to women developing a high risk pregnancy.

KEYWORDS: Pregnant women. Systemic Arterial Hypertension. Gestational hypertension.

INTRODUÇÃO

A gestação é designada por um intervalo de contínuas alterações metabólicas, endócrinas e fisiológicas, que influencia nas necessidades nutricionais e o aproveitamento alimentar da gestante. O desprovimento de peso pré-gestacional e o aumento de peso materno insuficiente vêm sendo relacionado ao baixo peso do bebê ao nascer, enquanto a obesidade da mãe constitui um importante índice contribuinte para diversas doenças como: macrossomia, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), eclampsia e complicações no parto, comprometendo a saúde da mãe e do filho (DA ROSA *et al.*, 2014).

A grande parte das gestações ocorre sem intercorrências, mas, outra boa parte das gestantes tendem apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) (DELGADO, 2014).

A hipertensão na gestação é constituída por um grupo clinicamente desafiador de complicações na gravidez. No Brasil, é responsável por altas taxas de morbimortalidade materno-fetal, sendo considerada um problema de saúde pública. Está associada a um maior risco de hemorragia intracerebral, descolamento prematuro de placenta, retardo de crescimento intrauterino, morte intrauterina e prematuridade (TANAKA *et al.*, 2017).

Os serviços básicos de saúde tem se expandido grandemente procurando proporcionar uma assistência mais assídua e de melhor qualidade durante a gestação, ao parto e ao puerpério, dando destaque especial para o encaminhamento aos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois ela disponibiliza um pré-natal adequado diminuindo a mortalidade infantil, e isso melhora também o em parte da criança, aumentando o crescimento intrauterino, desta forma menor ocorrência de prematuridade, de mortalidade neonatal e, por parte da mãe, em menor índice de intercorrências no período gestacional e de complicações no momento do parto (GOMES *et al.*, 2015).

O acompanhamento e consulta da equipe de enfermagem é primordial no cuidado da mulher grávida, sendo que esse é um momento único na vida da mulher. O atendimento do pré-natal pode ser feito individualizado e também em grupos. Apesar de ser bem-sucedido o atendimento grupal, não se pode deixar de lado a responsabilidade individual de cada. É de grande valia a participação das primíparas em ações desenvolvidas com intuito de abordar o período gestacional, pois nesse momento dividem felicidade e alegria, e também, momentos de medo, angústia, ansiedade e dúvidas (RODRIGUES *et al.*, 2016).

A SHEG caracteriza-se como a principal causa de alterações clínicas durante o período gravídico-puerperal. Esta afecção é classificada como hipertensão arterial crônica (HAC), pré-eclâmpsia, eclampsia, hipertensão gestacional (HG), com pré-eclâmpsia sobreposta e síndrome HELLP. Pode ser definida como condição clínica em que a pressão arterial sistólica se encontra em níveis ≥ 140 mmHg e/ou a pressão diastólica com valores ≥ 90 mmHg na gestante, em duas medidas realizadas devidamente com intervalo mínimo

de quatro horas. Sua causa na gestação é desconhecida, entretanto admite-se que existe uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais (SOARES *et al.*, 2016).

Nas mulheres primíparas a gestação causa sentimentos antagônicos, inexperiência e ansiedade que podem afetar no desafio de nutrir o bebê por meio do aleitamento materno exclusivo. O cuidado materno é um exercício difícil e conflitivo, caracterizando na busca pela maturidade no ser mãe pela primeira vez, e assim confrontando-a com a insegurança, o despreparo e as preocupações maternas primárias com a amamentação. Logo, o suporte de profissionais às primíparas deve iniciar-se no pré-natal, considerando que a gestante não apresenta experiências positivas e negativas no contexto da amamentação (MORAIS *et al.*, 2013).

Com base nisso levantou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais as características clínicas e epidemiológicas das gestantes hipertensas que buscam atendimento em um Centro Especializado Ambulatorial Materno-Infantil?

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar as características clínicas e epidemiológicas das gestantes hipertensas atendidas no centro especializado ambulatorial materno-infantil do município de Caxias - MA. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes hipertensas; avaliar o estado de saúde geral das gestantes pré e pós-diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); identificar os acompanhamentos recebidos pelas gestantes, tanto no que se refere à tratamento como demais cuidados de saúde.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam a principal causa de morte, sendo atribuído a elas 72% dos óbitos, 30,4% dos quais ocorridos em virtude de doenças cardiovasculares sendo que a hipertensão arterial sistêmica apresenta uma elevada prevalência na população brasileira, entre 22% e 44% para adultos, aumentando com a idade, podendo chegar a 68% em idosos. Em âmbito mundial, estima-se que seja responsável por 13% dos óbitos (ZANGIROLANI *et al.*, 2018).

De acordo com Perfetto *et al.* (2017), a hipertensão trazida pela gravidez uma classificação genérica das doenças hipertensivas no período da gestação, é responsável por taxas elevadas de morbimortalidade da parturiente e recém-nascido, constituindo-se em um dos principais problemas de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é levada como fator de risco que somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos ao binômio materno-fetal.

Partindo das informações precitadas pode-se afirmar que relevância da aplicabilidade desta pesquisa é justificada e sustentada por meio de dados científicos que mostram a necessidade de uma abordagem mais ampla em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica

(HAS) em gestantes afim de que se possa promover meios, como a promoção em saúde ou outros, para assim evitar a HG em mulheres como também maiores complicações no período gestacional e/ou durante o parto.

REFERENCIAL TEÓRICO

GESTAÇÃO



Fonte: <https://blogpilates.com.br/pilates-na-gestacao/>

A gestação é um período em que a mulher guarda por nove meses um ser que surgiu do encontro de células sexuais (espermatozoide e óvulo) no momento da cópula e a partir disso, a mulher sofre diversas alterações que envolvem os variados sistemas e aparelhos. É um período com transformações do aspecto biológico e psíquico e essas repercussões variam de gestante para gestante e da idade gestacional. A gravidez é um momento para construir a educação em saúde, voltada para o bem-estar do binômio mãe-filho, no processo educacional da gestante há a promoção da saúde, e esse processo favorece o aprendizado e o desenvolvimento pessoal através de trocas de experiências (DA SILVA *et al.*, 2015).

A idade para ser mãe deve ser enfrentada como um fator biológico que consigo pode trazer complicações para ambos. É considerado um dos maiores causadores de agravo a saúde de determinada parte da população. Não há uma idade exata para ser mãe, mas sabe-se dos riscos que podem vir com uma gravidez mal planejada. O limite inferior e superior de idade da mãe pode risco altíssimo, tanto para a grávida quanto para o bebê. Identificar os fatores de risco maternos e fetais em gestantes com idade materna avançada colabora para um melhor pré-natal e assistência durante o parto e ao recém-nascido (TAKAGI *et al.*, 2018).

No mini, uma alta parte dos óbitos na adolescência está ligada às complicações ocorridas na gravidez e durante o parto, pode-se citar: a toxemia gravídica ou SHEG, que abrange HA na gravidez, edema, proteinúria e tendências de convulsões (eclampsia); maior número de cesarianas; desproporção céfalo-pélvica, por não está totalmente formado; síndromes hemorrágicas (coagulação vascular disseminada); lacerações perineais (envolvendo vagina e às vezes ânus); amniorrexe prematura (ruptura precoce da bolsa d'água); e prematuridade fetal (SANTOS *et al.*, 2012).



Fonte: <https://www.febrasgo.org.br/en/component/k2/item/1210-reflexoes-sobre-a-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-2021>

Pode ter consequências graves durante a gestação, tanto físicas como emocionais, além de influenciar na vida fetal. Pois há despreparo nos diversos âmbitos em lidar com o assunto, tanto no meio familiar, como na área da saúde. Na área da saúde há necessidade de uma melhora na assistência a estas mulheres pela alta taxa de morbimortalidade, consequência físicas e emocionais as quais estão sujeitas, esta melhora deve ocorrer na prevenção da depressão na gestação, na atuação no planejamento familiar, preparando estas mulheres para o papel da maternidade (BORGES *et al.*, 2016).

Disfunções hipertensivas são os problemas mais comuns no pré-natal, afetando entre 12 a 22% das gestações, sendo a eclampsia uma das causas mais prevalente de óbito materno em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, do ponto de vista biológico, dentre as implicações da gravidez na adolescência, citam-se incidências maiores de SHEG, anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, determinando aumento da mortalidade materna e infantil, considerando a alta prevalência da gestação na adolescência e suas consequências (FERREIRA *et al.*, 2010).

Existe um grande risco de gravidez na adolescência muitas vezes, devido a maturação dos aspectos psicológicos tais como: falta parcial ou total do apoio familiar, presença de sintomas depressivos, problemas psíquicos, níveis elevados de estresse, repercussões emocionais, e também a baixa expectativa em relação ao futuro da gestante e do filho. A presença do estresse pode se dar também pela influência da relação entre mãe e bebê e suas responsabilidades, desta forma muitas vezes acarretando maus tratos por

conta da gravidez não planejada (CORREIA *et al.*, 2011).

As síndromes de hipertensão são uma das maiores causas de morbimortalidade perinatal, normalmente causada pelo impedimento do desenvolvimento intrauterino e complicações secundárias. Mesmo a HTA leve se relacionasse a um maior risco de prematuridade e de neonatos pouco desenvolvidos para a idade gestacional. É válido ressaltar que o aumento da pressão arterial em casos de pré-eclâmpsia poderá ser levado como mecanismo compensatório do baixo fluxo de sangue materno-fetal (BARRA *et al.*, 2012).



Fonte: <https://www.todamateria.com.br/gravidez-na-adolescencia/>



Fonte: <https://guiadoestudante.abril.com.br/blog/redacao-para-o-enem-e-vestibular/proposta-de-redacao-gravidez-na-adolescencia/>



Finte: <https://www.entreriosjornal.com.br/coluna-a-responsabilidade-familiar-frente-a-gravidez-na-adolescencia-47>

A gravidez na adolescência não é nenhum fato novo para a sociedade, mas seu aumento como problema tem se aumentado muito se tornando um grande problema social nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao divulgar as informações sobre esses acontecimentos afirma que se trata de uma gravidez de riscos altíssimos, trazendo danos à saúde da mãe e dor bebe, além disso, como bagagem fica os problemas sociais e biológicos. Tem como maiores índices de complicações do pré ao pós-parto, aumento do risco de desenvolver depressão e evasão escolar (SANTOS *et al.*, 2016).

Ainda que o normal das gestações seja planejado e a maternidade algo desejado, na adolescência não é bem assim, e se torna mais preocupante por coincidir com o processo de formação da sua personalidade, identidade como indivíduo, maturação mental e criação dos vínculos sociais. No intuito de aprofundar os conhecimentos relacionado aos impactos deixados pela gravidez na adolescência, principalmente emocionalmente, visa a necessidade de estudos mais aprofundados nessa temática, para assim trazer melhorias para as primíparas (DE LIMA *et al.*, 2017).

A gestação no período da adolescência tem se tornado mais comum nos últimos anos e devido as complicações é considerada como um problema de saúde pública e como essa fase exige orientações e acompanhamento durante a gravidez e o parto, por conta dos riscos oferecidos ao desenvolvimento da criança, e também riscos a própria gestante, sendo na maioria dos casos uma gravidez não planejada. Com a vida sexual sendo adotada mais cedo, a menarca também se manifesta mais precoce, assim como consequência vem a gravidez na adolescência, por falta de conhecimento e cuidados de prevenção, muitas vezes (DE ARAUJO *et al.*, 2016).



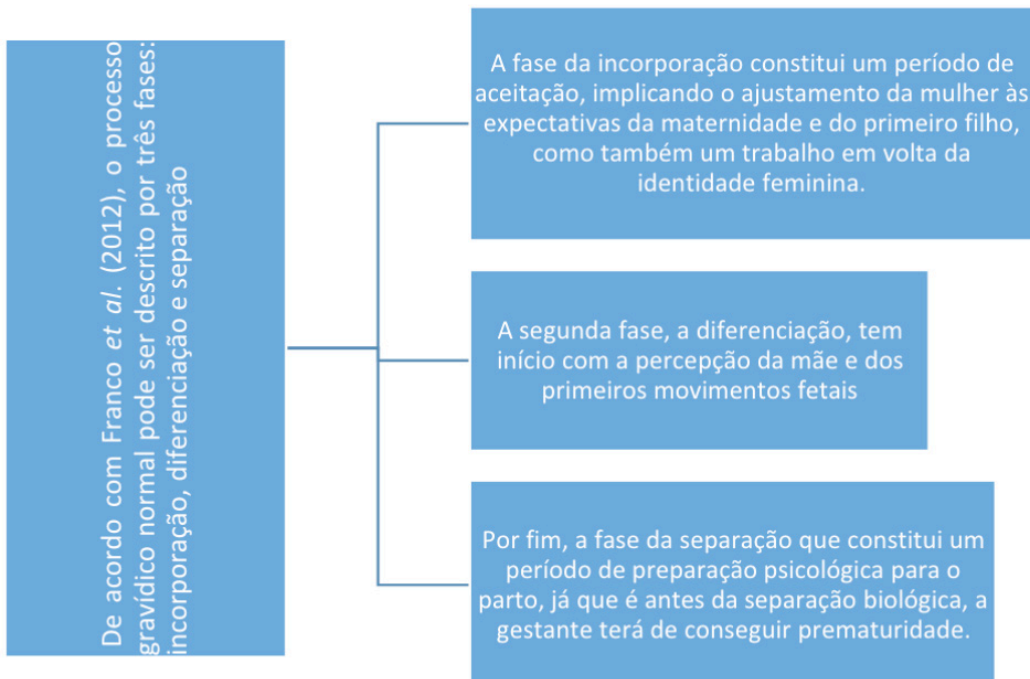
Fonte: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2015/09/09/pobreza-e-abusos-estimulam-casamentos-infantis-no-brasil.htm>

Um dos fatores contribuintes para a ocorrência da gravidez durante o período da adolescência é nível econômico, as classes com uns níveis econômicos mais baixos têm um índice mais elevado

É válido ressaltar que a gravidez na adolescência acarreta consequências imediatas no emocional dos jovens envolvidos. Os sentimentos mais comuns relatados por estes jovens são: insegurança, medo, desespero, sentimento solidão, principalmente no momento inicial da descoberta da gravidez (TABORDA *et al.*, 2014).

A maternidade e a paternidade, primípara fazem parte do ciclo vital e são marcos do desenvolvimento psicológico. A gravidez exige, para a mulher, a reestruturação e o

reajustamento de sua vida, a fim de que essa experiência ocorra de modo saudável tanto para a mãe como para o bebê. Na sociedade atual, em razão da crescente presença feminina no mercado de trabalho, ter um filho pode acarretar consequências significativas, dificultando que as mulheres possam encontrar gratificações na gravidez. Dessa forma fazendo com que algumas mulheres deixem sempre para depois, o momento de ser mãe (SILVA *et al.*,2013).



A gestação precoce traz consigo diversas repercussões que vão desde o aspecto físico e psicológico até o socioeconômico e educacional. A adolescente se choca com as alterações no corpo vindo da própria fase, juntamente com as da gravidez. Assim afetando sua percepção sobre a própria autoimagem e autoestima, que se junta ao medo quanto à maternidade e responsabilidade em relação ao filho. Deste modo, as alterações comportamentais e familiares afetam na continuidade dos estudos, nas atividades próprias da idade que eram realizadas antes da gestação e na convivência social (TRAJANO *et al.*, 2012).

A gravidez é um acontecimento que representa uma grande mudança de figura para a mulher perante a sociedade, trazendo sentimentos múltiplos e contraditórios. Neste intuito, a gestação traz como bagagem o medo, inseguranças e temores, misturando-se aos sentimentos de alegria, realização, satisfação e contentamento. Estes sentimentos durante

a gestação podem ser preponderantes na mulher primípara e estão intimamente ligadas à sua realidade à situação econômica e familiar, podendo interferir, inclusive, no vínculo com o bebê, e posteriormente, no processo de aleitamento materno (SILVIA ALMEIDA *et al.*, 2010).

A gestação tardia é justificada para muitas mulheres, com a finalidade de priorizar sua carreira, buscando estabilidade financeira, parceiro estável. A postergação da maternidade, principalmente entre as primíparas relaciona-se com vários fenômenos que provocaram mudanças de padrões na sociedade, nas famílias e nos remetem a novos comportamentos reprodutivos. Mulheres tendo seu primeiro filho após os 30 anos, chama atenção, pois dessa forma a gestação, principalmente sendo a primeira, depois dos 30 anos, pode incorrer anomalias congênitas para os filhos e ser arriscado para a mãe. Estudos e casos têm aparecido mostrando que a gestação em mulheres mais velhas, está associada a risco aumentado para complicações maternas, fetais e do recém-nascido (BOCCUCCI *et al.*, 2017).

As gestantes de primeira viagem podem manifestar durante o parto ou no pós-parto sentimentos e comportamentos que culminam o surgimento de crises na vida familiar e pessoal, podendo deixá-las vulneráveis, assim comprometendo na prática de aleitamento. Assim, os profissionais de saúde devem dar total apoio e ficar atento aos sinais dados pela parturiente, suprindo sempre suas necessidades. Na gestação traz para a mãe primípara sentimentos conflituosos que ampliam sua fraqueza emocional, tanto na gestação como durante todo o processo de amamentação. Na maioria a mulher vezes não conta com o apoio do pai da criança e/ou da própria família (SILVA *et al.*, 2010).

Na gravidez as mulheres ultrapassam barreiras emocionais e fisiológicas, mudando completamente o emocional, psicológico e sentimentais. É mutável e notável as mudanças corporais e no padrão reprodutor feminino neste período. Para elas a gravidez pode promover profundas transformações em todas as dimensões humanas da sua vida e da sua família. Esses significados referem-se à interpretação do conhecimento e expressões culturais, dos mitos, crenças, valores, pensamentos, sentimentos, atitudes e práticas relacionadas com a gravidez (ROCHA *et al.*, 2014).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA GRAVIDEZ



Fonte: <https://www.mdsaude.com/gravidez/hipertensao-na-gravidez/>

A classificação da hipertensão arterial de acordo com Assis *et al.*, (2016) é uma das complicações mais relevantes no período de gravidez, com uma taxa entre 6% a 30% das grávidas, acarretando um grande risco de óbito nas parturientes e bebês, atualmente o termo “hipertensão na gravidez” recebe conceito geral de SHEG que são descritas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica.

Segundo Nascimento, *et al.* (2014), a SHEG pode ser classificada como uma doença clínica e laboratorial resultante do aumento dos níveis da pressão de uma gestante, previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, podendo desaparecer até seis semanas pós parto, a hipertensão arterial grave está intimamente relacionada, à insuficiência cardíaca esquerda, convulsões, insuficiência renal, coagulação intravascular e em 5 a 10% dos casos ocorre o descolamento prematuro da placenta no terceiro trimestre da gestação.

A hipertensão, quando instalada na gestação, de acordo com o sistema oficial de saúde e em âmbito internacional, caracteriza a gestante como sendo “de risco”. Essa condição a insere em uma situação física de dupla fragilidade, resultante do processo gestacional em si e da doença a ele sobreposta, levando-a à necessidade de assistência profissional especializada, visando garantir o controle dos níveis pressóricos e, por conseguinte, desfechos positivos para mãe e bebê (MARTINS *et al.*, 2014).

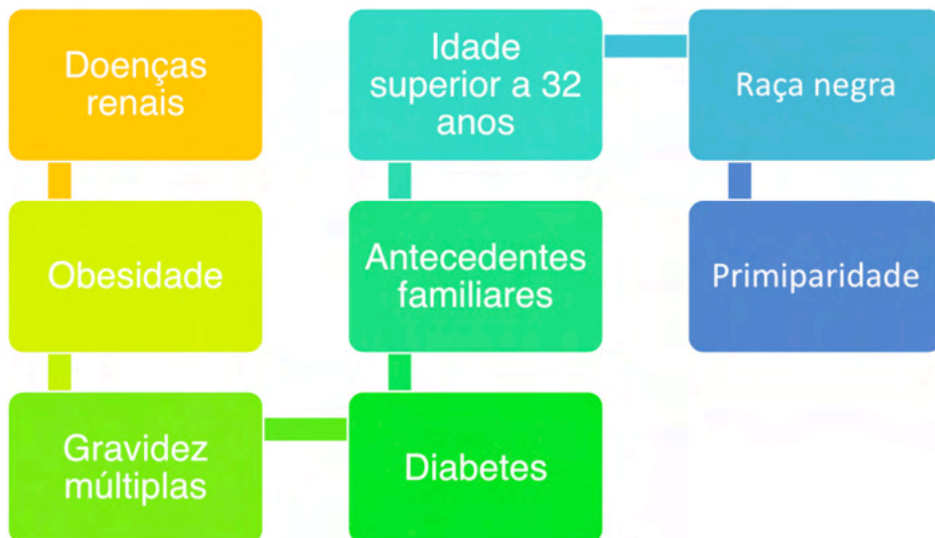
A hipertensão presente na gravidez pode ser classificada em tipos, e é válido ressaltar as mais importantes e específicas no período da gravidez, que são, a pré-eclâmpsia que vem de forma isolada ou também em conjunto com a hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está relacionada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes hipertensivas (PERAÇOLI *et al.*, 2016).

O índice de obesidade entre mulheres jovens é especialmente importante porque o excesso de peso e a obesidade materna têm impacto negativo sobre o resultado da gravidez. Grandes estudos epidemiológicos revelam que o alto peso durante a gestação predispõe um risco aumentado de complicações maternas e perinatais, como diabetes gestacional, da necessidade de uma cesariana, macrosomia, natimorto e pré-eclâmpsia. Parece acontecer um efeito dose-resposta para estas complicações, pois os riscos aumentam com a obesidade e aumento do peso (SILVA *et al.*, 2015).

Os objetivos terapêuticos durante gestação incluem o aumento da sobrevivência do feto e da mãe, incluem sobrevivência fetal e materna, manutenção de peso fetal correto ao nascimento, baixo número de complicações e prevenção de eclâmpsia. O principal fator contribuinte para um bom prognóstico perinatal para as gestantes com HAS é o início precoce e uma atenção delicada no pré-natal. A determinação correta da idade gestacional ajuda de forma exacerbante evitando a HAS. Além disso, é importante se manter atento para o crescimento fetal e sinais que alertem o surgimento da pré-eclâmpsia (COSTA *et al.*, 2013).

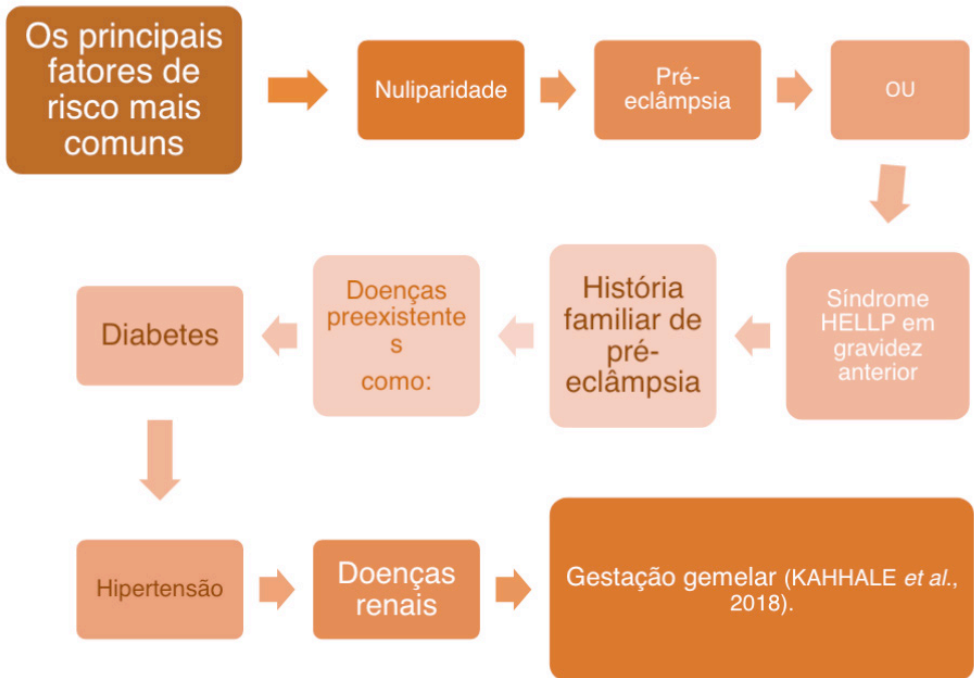
Os riscos advindos de uma gestação precoce é normalmente o óbito da gestante. Estima-se que no mundo todo, mais de 1.000 mulheres morrem por conta das complicações na gravidez ou durante o parto todos os dias. Isso se dá basicamente pela carência econômica, falta de conhecimento, qualidade de vida ruim da população, e até mesmo condições ruins de saúde adotada pelas políticas governamentais. Tal situação cabe um momento de reflexão para idealizar medidas a serem adotadas (MARTINS *et al.*, 2012).

Existem inúmeros fatores que elevam o risco de desenvolver as SHEG, entre elas as mais comuns são as:

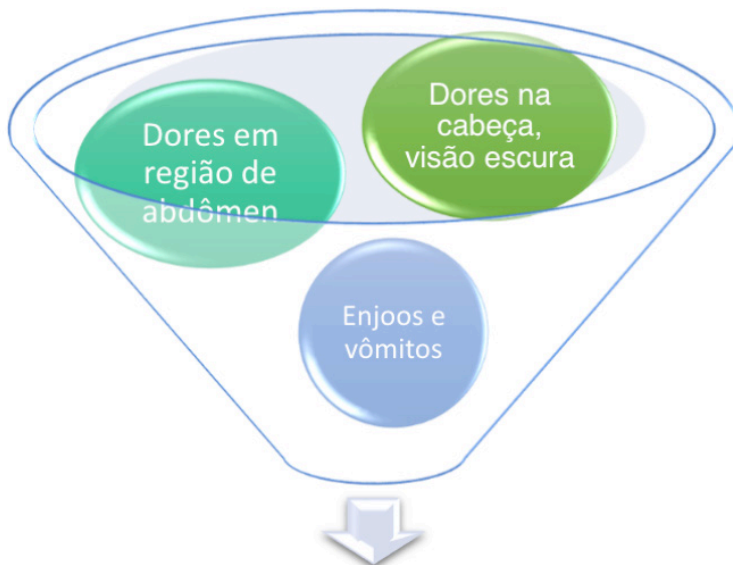


Estudos apontam que no Brasil uma gestação acima dos 40 anos de idade é considerada uma gravidez de alto risco. Outro estudo realizado observou que a maior ocorrência das SHEG foi entre as primíparas, as mulheres jovens e as com pré-eclâmpsia em gestações anteriores (ASSIS *et al.*, 2010).

No Brasil de 2% a 8% de todas as gestações se manifesta a pré-eclâmpsia, a maior causa de morte materna, principalmente quando se apresenta nas suas formas graves, como a síndrome HELLP e eclampsia. Pré-eclâmpsia é vista como um risco para a saúde não apenas no período da gravidez, mas como aumento do risco cardiovascular a longo prazo para a mãe e para as crianças que nascem de gestações comprometidas de pré-eclâmpsia por mostrarem um risco maior de síndromes metabólicas, doenças cardiovasculares e hipertensão sistêmica mais precoce em suas vidas (KAHHALE *et al.*, 2018).



A pré-eclâmpsia é uma das SHEG, podendo ser vista a partir da 20ª semana de gravidez, trazendo como características a pressão arterial em níveis iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg, edema e proteinúria, esta última podendo aparecer de acordo com que a gestação evolui. Esta doença, além da tríade clássica, pode apresentar alguns sintomas que exigem maior atenção do profissional da saúde que está acompanhando a gestante e que podem auxiliar no diagnóstico, como:



A sua forma mais grave pode ser caracterizada pela presença de vaso espasmo ao exame de fundo de olho, ganho de peso acima de 400 g por semana e volume urinário inferior a 600 ml por dia (DE SOUZA *et al.*, 2017).

Eclâmpsia é a demonstração convulsiva ou comatosa da pré-eclâmpsia, que pode ocorrer de forma isolada ou em conjunto com a hipertensão arterial materna preexistente. Trata-se de ocorrência com emergência de distribuição universal, estando comprovada sua incidência crescente, apesar das tentativas e alterações instituídas para o seu controle. A eclâmpsia é a forma mais crítica dos distúrbios hipertensivos, que existem presentes entre as complicações obstétricas mais relevantes. Demonstra evolução insidiosa e grave em proporções mundiais, juntamente acompanhada de grande morbiletalidade materno-fetal, principalmente em países em desenvolvimento. A eclampsia é responsável por aproximadamente 50.000 mortes maternas durante o ano (NOVO *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial gestacional (HAG) ocorre quando há elevação da pressão arterial sem manifestação de proteinúria após a 20ª semana, sendo essencial descartar o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Como fatores etiológicos da HAG, estão as condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, que têm se mostrado fatores relacionados ao surgimento desses agravos, levando mulheres a gestações de risco, visto que essas situações estão geralmente associadas a piores condições nutricionais e obstétricas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A HAC é observada antes da gravidez, ou 20 semanas antes da gestação, ou ainda diagnosticada pela primeira vez antes a gravidez, entretanto não retorna à normalidade até 12 semanas após o parto. Pode ser definida pela persistência da pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg. Existem dois subtipos desta categoria que são a hipertensão

transitória, a qual a pressão arterial se normaliza até 12 semanas posteriores ao parto, e hipertensão crônica em que a pressão permanece elevada mesmo após 12 semanas posteriores ao parto (CRUZ et al., 2016).

A Síndrome HELLP (do inglês, *Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes e Low Platelet count*) caracteriza-se por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas. Embora a causa ainda não seja completamente esclarecida, a síndrome pode levar a várias complicações sérias, como insuficiência cardíaca, pulmonar, renal, dentre outras. Outras complicações sérias para o feto incluem crescimento uterino restrito e síndrome da angústia respiratória. Os sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, que são dor na parte alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas, vômitos e mal-estar generalizado (LOPES et al., 2013).

FISIOTERAPIA NO PERÍODO GESTACIONAL



A Fisioterapia é um campo da saúde que tem uma compreensão ampla agindo com meios preventivos e incentivo da saúde, tratamentos e diminuindo distúrbios funcionais, restrições, inabilidades em distintos sistemas e órgãos do ser humano originados de maneira

congenita, traumas ou por doenças adquiridas. A fisioterapia estimula o aprimoramento na qualidade de vida dos indivíduos, buscando sucessivamente a função de acordo com a particularidade de cada um (MASTROANTONIO & MORAIS, 2018).

Dentre as pertinências do fisioterapeuta está a prescrição, planejamento de condutas, elaboração de diagnóstico cinético funcional, avaliação e supervisão de eficácia, liberação dos pacientes, e todas as competências que são estão registradas pelo CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) e pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). É pertinente ressaltar que o fisioterapeuta age em maneira preventiva e curativa, e no grupo multiprofissional desenvolve uma admirável função na sociedade, por meio de políticas de saúde estimulando a prevenção e promoção a saúde (MASTROANTONIO & MORAIS, 2018).

O profissional da fisioterapia só foi implementado na APS depois do incentivo da Portaria Ministerial nº 154/20084, que originou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (TAVARES et al., 2018). Dessa maneira, a inclusão do profissional de Fisioterapia no grupo multidisciplinar da APS conformou-se uma gigante incitação para a categoria, uma vez que, o aspecto do fisioterapeuta era completamente técnico e direcionado para as intervenções das patologias e disfunções. Hoje em dia, contudo, o profissional de fisioterapia, no decorrer de sua vida acadêmica, obtém direcionamento e estudos satisfatórios para o desempenho pleno e segura em todos os níveis e âmbitos de saúde. Assim sendo no que se refere a ESF (Estratégia de Saúde da Família) fica encarregado ao profissional de fisioterapia a criação de demandas e direcionamentos que tenham o objetivo na prevenção, tratamento, promoção, reabilitação, e domínio de riscos e prejuízos à saúde na sociedade (RIBEIRO *et al.*, 2015).

A atuação da fisioterapia na gestação está firmemente estabelecida em países como a Inglaterra, África do Sul, Austrália e Canadá. Porém, no Brasil, essa é uma área de atuação muito nova, mas possível e necessária para uma melhor qualidade dos serviços de pré-natal. A fisioterapia deveria estar inserida nos programas de pré-natais para prevenir e tratar as consequências das alterações musculoesqueléticas e biomecânicas das dores das gestantes, orientar as posturas e as atividades de vida diária (AVDs) (RAMOS *et al.*, 2012).

A fisioterapia colabora por meio de condutas e métodos biomecânicas, respiratórias, e cinéticas, direcionados para a evolução da saúde e situação fisiológica das grávidas. Nesse sentido, a saúde pode ser elevada como primazia na fase da gestação, para a conseguir-se o contentamento, segurança, bem-estar, e um bom padrão de vida do período gestacional. No processo de parto, proporciona um ajustamento postural, domínio da respiração, fortalecimento, e causa a regressão da situação clínica relacionada a dor nas localidades lombar e pélvica, de maneira que se faz imprescindível para os cuidados de saúde a gestante e parturiente (COIMBRA *et al.*, 2016).

A ação fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco, como parte da rotina da equipe, valoriza a responsabilidade da gestante no processo, através do uso ativo do próprio corpo. A mobilidade do corpo durante o processo de parto envolve interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e, principalmente, o apoio e a orientação da equipe obstétrica. A ação do fisioterapeuta é um fator primordial para que a gestante se conscientize de que seu corpo ativamente pode ser um meio para agilizar o processo do trabalho de parto e trazer-lhe satisfação com a experiência do nascimento (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Os principais objetivos da fisioterapia atua no sistema musculoesquelético com objetivos de trazer uma postura melhor no período gestacional e após o parto, da maior percepção do corpo, preparar os MMSS e MMII, para as necessidades de cuidados do bebê e para as demandas circulatórias e do aumento de peso da gestante, posteriormente preparar, fisicamente, para o trabalho de parto e atividades iniciais após o parto, estabilizar a função abdominal e prevenir ou corrigir a patologia da diástase dos retos, melhorar a capacidade de relaxamento e orientar exercícios progressivos e seguros para o pós-parto (GASPARETTO *et al.*, 2018).

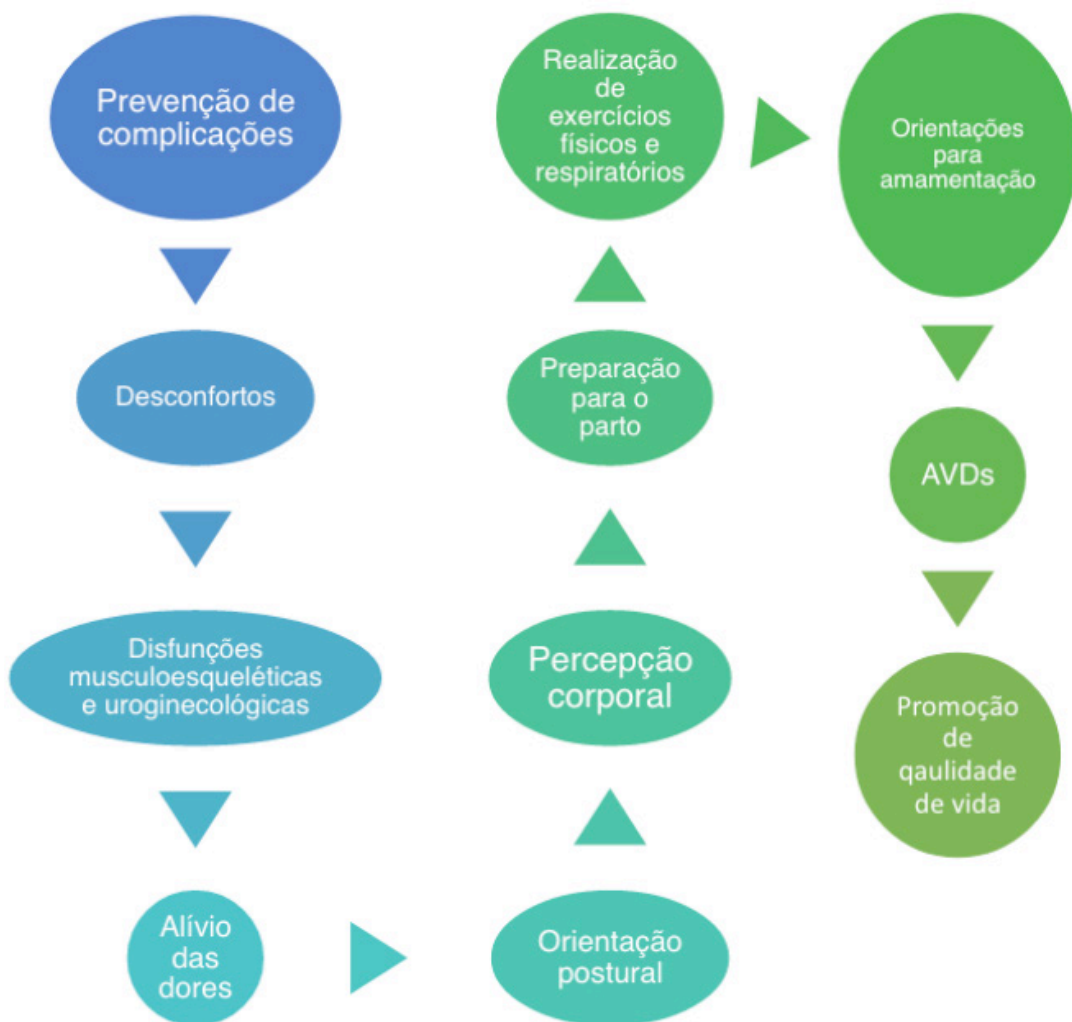
Em torno de 50% das gestantes possuem lombalgia no período gestacional, apontando este sintoma como principal fator para inúmeras repercussões negativas na sua qualidade de vida, ocasionando absenteísmo e diminuição na produtividade, gerando alto impacto socioeconômico. Além disso, a lombalgia ainda é vista como inerente ao período gestacional, sendo ínfima a atenção dada a esse sintoma por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, para que sejam tomadas medidas de prevenção e terapêuticas eficazes no seu alívio, torna-se fundamental que o fisioterapeuta saiba como realizar sua diferenciação clínica, visto que são condições que requerem tratamentos diferenciados (GOMES *et al.*, 2013).

Segundo o Guia Oficial da YMCA para Exercícios Pré-natais, a atividade física traz grandes benefícios à saúde da gestante, por exemplo: uma melhor circulação sanguínea, redução do edema, alívio dos desconfortos intestinais, diminuição das câimbras e facilita a recuperação no pós-parto. A prática de exercício durante a gravidez evita o aumento de peso corporal, reduz o estresse cardiovascular, estimula a boa postura, previne dores nas regiões da coluna vertebral, o diabetes gestacional, melhora a imagem do corpo e conseqüentemente o estado psicológico, além de facilitar o tempo de desprendimento fetal em partos vaginais (ALVES *et al.*, 2018).

A maioria das gestantes relata muito desconforto devido edemas, ocasionando sensação de peso, dores, formigamento e câimbras noturnas em membros inferiores, podendo piorar o quadro após longos períodos em pé e evolução da gravidez. O edema gestacional deve ser acompanhado pela equipe médica, pois pode trazer hipertensão ou pré-eclâmpsia. O aparecimento de edema pode contribuir para o desenvolvimento de TVP

e tromboflebite. Os tratamentos para o edema gestacional visam à diminuição e não sua cura, compreendendo terapias medicamentosas e não-medicamentosas. É válido destacar a fisioterapia na orientação quanto ao uso de meias de compressão, repouso com elevação dos membros inferiores, realização de exercícios metabólicos para ativação da bomba muscular do tríceps sural, hidroterapia e drenagem linfática manual (DLM) (MACHADO *et al.*, 2012).

Essas alterações advindas do período gestacional, que, por vezes, se prolonga após o parto, podem ser diminuídas com a contribuição da fisioterapia. A atuação do fisioterapeuta no período gestacional e no puerpério visa promover a:



Um estudo aplicou um protocolo de exercícios fisioterapêuticos no atendimento ao

puerpério imediato e demonstrou que a fisioterapia foi eficaz para alívio da dor e do bem-estar geral das puérperas (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

Mulheres em período de gestação mostram um risco aumentado de queixas musculoesqueléticas, principalmente lombalgia, fato que ocorre por conta de uma série de mudanças hormonais e biomecânicas que são características dessa fase, tais como o deslocamento do centro de gravidade, a rotação anterior da pelve, o aumento da lordose lombar com sobrecarga dos músculos lombares e posteriores da coxa, bem como o aumento da elasticidade e frouxidão ligamentar, decorrente da liberação de hormônios como estrogênio, progesterona e relaxina (SILVA *et al.*, 2012).



Fonte: <https://www.doulasbemgestar.com.br/post/vamos-falar-de-assoalho-p%C3%A9lvico-e-per%C3%ADneo-dicas-para-prepar%C3%A1-los-para-o-parto>



Fonte: <http://www.rafaelaalves.com/post/31085-precisamos-falar-de-puerperio-como-ajudar-as-maes-nesse-momento-tao-delicado>

Puerpério, pós-parto ou sobreparto é uma temporada com cronologia incerta, de definições imprecisas, no decorrer do qual se desenvolve vários indícios evolutivos e de regeneração das partes expostas materna depois o parto. Sabe-se de acontecimentos formidáveis com alterações gerais, que persistem até a volta do corpo da mulher do quadro estabelecido anteriormente da gravidez (DA SLVILA & KREBS, 2021).

O Ministério da Saúde trás o conceito de puerpério como o momento do período gravídico-puerperal em que as alterações específicas e sistêmicas, instigadas pelo período da gravidez e parto na mulher, retrocedem as conjunturas da condição pré-gravídico. Com origem uma a duas horas depois da saída da placenta e conclusão imprevista, em razão de que, durante o tempo que a mulher amamentar, ela permanecerá passando por transformações da gestação, não voltando seus períodos de menstruação totalmente aos padrões. É importante ressaltar, o emprego desta definição para a realização desse estudo, no qual o puerpério é fragmentado em imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001).

A gestante vive por modificações fisiológicas que agride: metabolismo, sistema gastrointestinal, respiratório, tegumentar, cardiovascular, urinário, endócrino musculoesquelético, hematológico e no corpo uterino, colo uterino, períneo, istmo, tubas

uterinas, vagina, vulva, mamas e ovários, além de uma sobrecarga física e emocional, no qual essas têm uma repercussão muito importante no gerenciamento e atividade do organismo (GOMES & DOS SANTOS 2017).

Nesse período, é formidável a avaliação completa da mulher com o alvo de apresentar suas precisões e seguir a volta do seu corpo feminino às circunstâncias da ocasião no pré-gravídico. (FREITAS *et al.*, 2017). É possível evidenciar mudanças de ordem emocional, que tem destaque, tendo a base o momento de passagem vivido, das transformações resultantes desse período, da conexão a ser formado com o recém-nascido e das técnicas de amamentação, expondo prevalência alta, salientando modificações na ansiedade e autoestima, sem contar os ímpetos patológicos, como podemos citar a depressão pós-parto (NERY, 2021).

Sendo assim o puerpério, um tempo de exposição para as mulheres, diversas ocasiões é menosprezado. Os cuidados ficam mais direcionado para o cuidado ao recém-nascido, e as mudanças na mãe nesta fase permanecem esquecidas. Levando em consideração essas mudanças e, sobretudo, o choque que podem se tornar, faz-se imprescindível o aprofundamento nas modificações psicossociais e fisiológicas sucedidas no puerpério (DA SLVILA & KREBS, 2021).

O ministério da Saúde impulsiona que a mãe volte às assistências de saúde no pós-parto, sendo assim altamente relevante para a saúde da mãe e do filho. É fundamental ter conhecimento de como se apresenta a situação de saúde de cada um, estimar a volta das conjunturas pré-gravídicas, e devem ser efetivados direcionamentos (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005). Para mais o projeto familiar, tendo cuidado do perigo de uma gravidez não planejada (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Ao consultar uma puérpera, o profissional necessita ter atenção para os características fisiológicas e clínicas, todavia não podendo deixar a realização de uma rápida avaliação psicológica, buscando o entendimento do que significa para mãe a vinda de uma criança (SILVA *et al.*, 2017).



Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Pos-parto/noticia/2014/02/quase-metade-das-mulheres-nao-volta-ao-obstetra-no-pos-parto.html>

Diversas puérperas não têm segurança e até mesmo desenvolve medo e é com a assistência da equipe multidisciplinar que essa situação pode mudar. Com os cuidados da enfermagem que se cria o início da fonte de aprendizado a respeito das insuficiências do bebê, no banho, a limpeza do coto umbilical, amamentação, contudo, uma pesquisa realizada por Gomes & Dos Santos (2017), mostrou que não teve proveito com relação as mães, que são acomodadas e não transparecerão interesse em compreender, quais vantagens teria a segurança dentro desse processo

É imprescindível que o enfermeiro(a) esquematize e traga orientações a respeito das modificações fisiológicas aguardadas, assim como concretize o exame físico cotidiano, para seguir as manifestações em evolução. Os direcionamentos necessitam da abrangência no autocuidado e atenção ao recém-nascido, que essas constituam uma assistência metodizada no processo de nascimento, com o objetivo de harmonizar as mulheres na participação na rotina do autocuidado e proteção a criança como um ser e detentor de direitos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na ocasião da alta hospitalar o profissional da enfermagem ainda é capaz de orientar as pacientes a respeito de anticoncepcionais ou mesmo formas mais apropriadas. E necessitam da percepção que a abordagem da assistência precisa de um bom padrão, em virtude que os pacientes são seu alvo de cuidado. Necessita no mesmo âmbito comunicar as mães em relação seus direitos e atendê-los em suas precisões mínimas (MOURA *et al.*, 2011).

Na esfera da atenção básica, o profissional enfermeiro é crucial encarregado pelos

ensinamentos em saúde no decorrer de todo o processo de pré-natal e puerperal. Deste modo, o atendimento da enfermagem representa-se como precioso meio de promoção à saúde e bem-estar das mães que visam precauções, especialmente no pós-parto (ANGELO & DE BRITO, 2012). Esse profissional quando fazer o atendimento precisa ter atenção as inúmeras as manifestações involutivas e de regeneração da genitália da mãe, de modo especial o útero que passa por transformações do início até o final de período (MAZZO *et al.*, 2014).



Fonte: <http://www.fisioterapiaembh.com.br/servicos/fisioterapia/obstetricia/fisioterapia-pelvica-e-osteopatia-no-pos-parto/>

Dessa maneira, no objetivo de reduzir as dificuldades no pós-parto e a facilidade no na volta da mãe a sua rotina de vida, surge o crescimento da função da fisioterapia, que se assegura em meios como treinamentos respiratório, metabólico, e perinel, analgesia, posturas no leito, indicações na postura e do ato de amamentar (CAMPOS,2021).

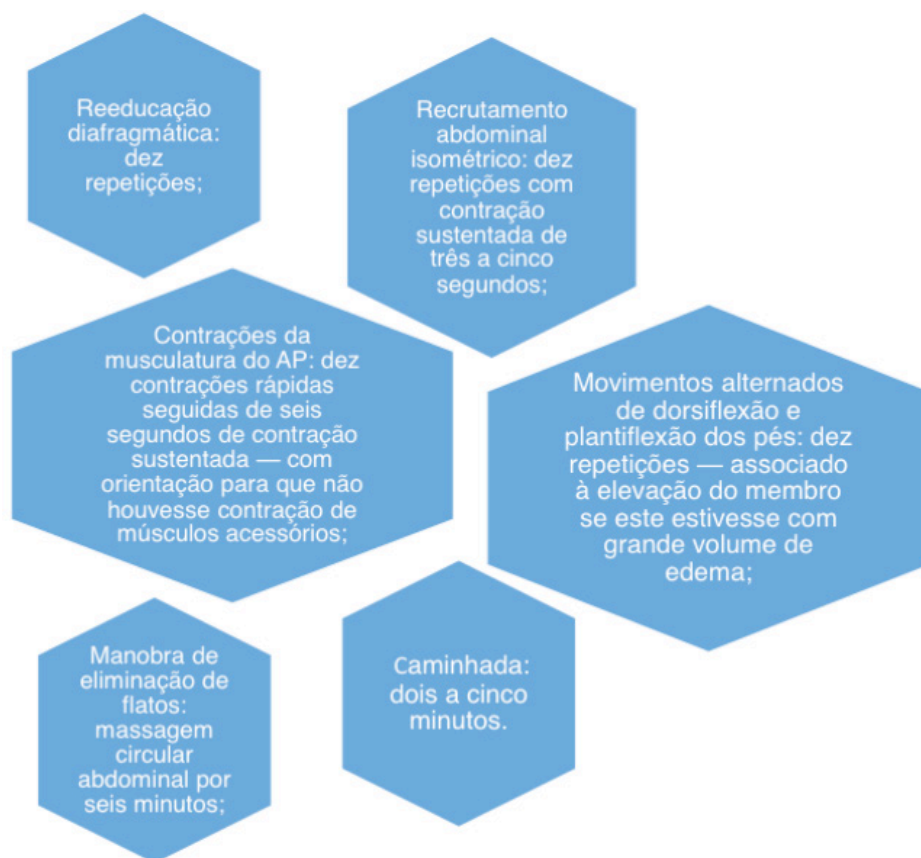
No que tange as práticas de vida e hábito saudável, a Fisioterapia faz sua contribuição a mãe por meio de treinos da cinesioterapia, como as formas de alongar, conservação e desenvolvimento de força muscular da musculatura corporal e exercícios aeróbicos. É relevante o fortalecimento de completa musculatura, com início da musculatura do assoalho pélvico na prevenção das incontinências e na preparação para o parto, e todo o corpo logo a mãe irá ampliar o peso corporal ao longo da gestação, e também o puerpério necessita

estar adaptado para segurar o bebê (SILVA et al., 2018).

Mesmo com essa alta, e embora muitas pesquisas apresentarem por exemplo resultados adequados de condutas no período pós-natal, observa-se que são escassos os estudos que abordam o emprego do exercício no puerpério imediato (CARVALHO, 2021).

Os exercícios aeróbicos cooperam para o sistema cardiorrespiratório, aprimorando a oxigenação e as trocas de gases, tendo a possibilidade de ser mais eficaz com a associação da respiração, contribui ainda para o sistema circulatório aperfeiçoando a volta do sistema venoso e na prevenção de edemas além de contribuir na regulação da pressão arterial. Causa um efeito de bem-estar acalmando o estresse e ansiedade, por meio da liberação de endorfina e serotonina, ajuda na conservação do peso corporal, dificultando a obesidade e prevenção de patologias conexas como podemos citar o diabetes gestacional (NASCIMENTO, 2021).

Uma pesquisa feita por Burti (2016), no qual integralmente as puérperas estiveram sujeitas apenas a uma conduta fisioterapêutica, efetivada no leito e com permanência de 45 minutos. A intervenção foi composto de:



Em seguida da realização dos exercícios foi disposto orientações a respeito da alternâncias de decúbito, posição no leito, adequação postural na amamentação, precauções com o bebê e estímulo ao aleitamento materno.

Continuando com Burti (2016), em sua pesquisa em relacionda à dor inteiramente conexa ao parto, observou-se melhorias importantes, o que tem possibilidades de ter auxiliado para aceitação de 100% ao tratamento e para um retorno positivo as questões sobre o bem-estar. E nas demais queixas observou um feedback positivo, e altamente relevante. Para a complementação e continuação do tratamento foi direcionado a realizar os iguais exercícios em domicílio, posterior a alta hospitalar. As puérperas tiveram instruções sobre à alteração de decúbito e às posturas adequadas para amamentar. O fisioterapeuta deve cooperar para a assistência à mãe, na volta acelerada às circunstâncias pré-gravídicas e na precaução de problemáticas advindas.

Ainda participando na melhora da qualidade de vida da gestante e do bebê atendidos na rede pública de saúde, o Fisioterapeuta atua investigando o histórico familiar da mulher, sempre buscando agir na prevenção, evitando possíveis intercorrências ou complicações. Dessa forma a fisioterapia no acompanhamento da gestante, participa de forma significativa para o bem-estar físico e emocional, proporcionando uma gestação mais segura e saudável (NASCIMENTO, 2021).



Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Pos-parto/noticia/2014/02/quase-metade-das-mulheres-nao-volta-ao-obstetra-no-pos-parto.html>

O atendimento da medicina, deve ser desenvolvido com equidade, integralidade e, desempenhando uma significativa colaboração no diagnóstico de agravantes à saúde da puérpera e do neonato.

O levantamento de questões que proporcionam facilidades no atendimento, como a conexão do profissional e paciente, descrever contextos na comunidade, a assiduidade dos atendimentos e visitas nas residências. Do mesmo modo, na pesquisa foi distinguido os pontos que atrapalham a atenção, como a alta frequência de rodízio do profissional no campo de trabalho, o entusiasmo e a disponibilidade dos profissionais e o diálogo ineficiente entre profissionais e pacientes (MENDES, 2021). No estudo de Brodrribb (2013), os profissionais médicos demonstraram a precisão de diretrizes sólidas para a envoltura no hábito de atendimento pós-parto. Embora tenham uma formação de qualidade, essa deficiência trás preocupações aos gestores mirando a excelência do cuidado oferecido as mulheres o mais prévio aceitável.



Fonte: <https://www.mamaeicia.com.br/alimentacao-pos-parto/>

A nutrição tem uma extrema importancia no prognóstico no período gestacional logo, as demandas nutricionais solicitadas para esta fase, pois estão amplas, advindas das transformações sucedidas exclusivamente para o período gestacional.

Assim sendo, o estado da nutrição materna antes e no decorrer da gravidez tem interferência na evolução do feto, fazendo assim indispensável que o profissional de saúde tenha habilidades na orientação da gestante a respeito de rotinas alimentares saudáveis e atenção sobre seriedade desta conduta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, existe uma urgência na melhoria da assistência do pré-natal e especialmente do pós-parto. Nesta fase, as ações são intensamente direcionadas em garantir o aleitamento materno. No momento do pós-parto, as mulheres são comumente dirigidas a ampliar o consumo energética para prover a demanda da lactação. É no puerpério onde acontece aparecimentos de ordem involuntária e de alterações específicas e generalizadas advindas pela gravidez e parto. No puerpério transfigura-se essenciais orientações e planejamentos dietéticos correto que traga possibilidades na diminuição de peso e, posteriormente, a volta do peso pré-gestacional, acatando tanto às precisões maternas como o desenvolvimento e crescimento do bebê (COSTA *et al.*, 2018).

A ingestão energética é um fator que marcante e que determina o aumento de peso no decorrer do período gestacional que, no que lhe diz a respeito, é uma das razões que aplicadamente procede demonstrando relação positiva com o acúmulo de peso pós-parto e obesidade materna. Dimensionar a ingestão nutricional, sobretudo o energético, no período da gestação e pós-parto é essencial na contribuição de uma elucidação de um ponto tão expressivo, complicado e multifatorial como é a obesidade (COSTA *et al.*, 2018).

As puérperas necessitam analisar que as necessidades com sua nutrição no pós-parto pois se tornam tão crucial quanto no período em que se encontram na gravidez. Igualmente como lactante é essencial ter o pensamento que não apenas em suas demandas, mas ao mesmo tempo nas necessidades do recém-nascido. A dieta pós-gravidez sintetiza-se na alimentação equilibrada, variada que tenha a capacidade de completar as suas obrigações nutricionais e consumo de água (COSTA *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória, transversal, com uma abordagem quantitativa dos dados.

Conforme Gil (2008), as pesquisas exploratórias têm como finalidade principal, incrementar, esclarecer e alterar conceitos e ideias, considerando-se a elaboração de problemas mais definidos ou hipóteses para estudos posteriores. Geralmente envolvem levantamento documental e bibliográfico, estudos de caso e entrevistas não padronizadas. Este tipo de análise é realizado, especialmente, quando a temática abordada é pouco explorada, e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas. Muitas vezes as análises exploratórias constituem na primeira etapa de uma investigação mais extensa.

A abordagem quantitativa obtém dados descritivos por meio de um método estatístico. Esta análise é mais objetiva, mais confiável e mais autêntica, uma vez que a observação é mais bem controlada. Sendo vigorosa, esta análise é, no entanto, útil nas fases de verificação das hipóteses (BARDIN, 2016).

De acordo com Sousa (2011), os estudos do tipo quantitativo são caracterizados pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas: percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outras.

CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro Especializado Ambulatorial Materno-Infantil (CEAMI), localizada no município de Caxias no Estado do Maranhão, considerada a quinta maior cidade do Estado com uma população estimada em 161.926 habitantes para 2016 e área de 5.196,771 km², apresenta uma densidade demográfica de 30,12 hab/km² com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de 0,624. A cidade faz parte da mesorregião leste maranhense e é banhada pelo Rio Itapecuru. Localizada a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina e a 374 quilômetros de São Luís, capital do Maranhão (IBGE, 2016).

O referido local foi escolhido pelo fato de ser um centro de referência de atendimentos a gestantes de alto risco, que atende toda região de Caxias e cidades vizinhas.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo desta pesquisa foram todas as gestantes diagnosticadas com HAS acompanhadas pelo CEAMI, totalizando uma amostra de 37 gestantes hipertensas.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas na pesquisa somente gestantes hipertensas atendidas no CEAMI do município de Caxias - MA, maiores de idade, primíparas e multíparas, e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foram excluídas do estudo as gestantes que se encontraram sem condições físicas e/ou psicológicas para participar do mesmo, as que não estavam presentes no CEAMI no momento da realização da pesquisa, além daquelas que, em algum momento, negaram-se a assinar o TCLE.

INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2019, por meio de aplicação de um questionário contendo 24 perguntas, envolvendo dados sociodemográficos, medidas antropométricas e de condições de saúde, além do histórico reprodutivo das gestantes e todos os fatores a ele pertinentes (APÊNDICE B).

As participantes do estudo foram abordadas nas dependências do CEAMI enquanto buscavam atendimento de saúde. Após serem esclarecidas quanto ao conteúdo e a finalidade da pesquisa, as mesmas foram conduzidas, individualmente, a uma sala reservada e solicitadas a lerem atentamente e responder o instrumento de coleta de dados. Em seguida, as gestantes eram deixadas sozinhas e à vontade na sala, e, após responderem as perguntas, eram orientadas a colocar o questionário dentro de uma caixa de papelão que ali estava. A intenção era garantir-lhes o máximo de anonimato possível.

ANÁLISE DE DADOS

A análise dos resultados obtidos foi processada por intermédio de cálculos estatísticos, colocados em números absolutos e percentuais, da forma que melhor demonstrasse a quantidade amostral e análise das respostas dos sujeitos.

Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Office Excel for Windows. As análises descritivas foram realizadas através do software estatístico SPSS® v. 21.0, e os resultados foram dispostos em tabelas.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi apreciado e devidamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias – MA para a realização desta pesquisa (ANEXO A). Após a autorização, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e direcionado

ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (CEP/UniFACEMA), sendo aprovado sob parecer nº 3.560.538 e CAAE nº 19119519.5.0000.8007 (ANEXO B).

O desenvolvimento do estudo seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisa, pleiteando as técnicas adequadas descritas na literatura para o cumprimento dos preceitos éticos relacionados à pesquisa com documentos, estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dessa forma, a coleta de dados desse estudo somente foi realizada após ter sido aprovado pelo CEP e a assinatura do TCLE.

METODOLOGIA

Um total de 37 gestantes com HAS participaram deste estudo, das quais, 59,5% (22) encontravam-se na faixa etária de 26 a 40 anos. Em relação à raça, 56,8% (21) se autodeclararam pardas. Quanto ao estado civil, 81,1% (30) eram casadas. No que se refere à escolaridade, 75,6% (28) possuíam ensino fundamental ou médio. Em relação à renda familiar, 73% (27) declararam renda de até 1 salário mínimo. Sobre a ocupação, 48,6% (18) eram donas de casa (Tabela 1).

Quanto à prática de atividade física, apenas 29,7% (11) afirmaram que praticam, sendo que 10,8% (04) disseram que praticam duas vezes por semana. Em relação aos dados antropométricos, a altura média das gestantes foi de $157 \pm 7,9$ cm, o peso médio foi de $77,8 \pm 14,1$ kg, e o Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de $31,5 \pm 4,9$ (Tabela 1).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18-25 anos	13	35,1
26-40 anos	22	59,5
>40 anos	02	5,4
Raça/cor		
Branca	08	21,6
Parda	21	56,8
Preta	08	21,6
Estado civil		
Casada	30	81,1
Solteira	07	18,9
Escolaridade		
Ensino fundamental	14	37,8
Ensino médio	14	37,8
Ensino superior	09	24,3
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	27	73,0
2 a 3 salários mínimos	09	24,3
4 a 5 salários mínimos	-	-
Acima de 5 salários mínimos	01	2,7
Ocupação		
Agente de crédito	01	2,7
Agente de viagens	01	2,7
Atendente	01	2,7
Autônoma	03	8,1
Dona de casa	18	48,6

Estudante	01	2,7
Funcionária pública	01	2,7
Lavadora	06	16,2
Professora	03	8,1
Recepcionista hospitalar	01	2,7
Técnica em Enfermagem	01	2,7
Prática de atividade física		
Sim	11	29,7
Não	26	70,3
Frequência de atividade física		
Nunca	26	70,3
1x por semana	02	5,4
2x por semana	04	10,8
3x por semana	03	8,1
5x por semana	02	5,4
Altura	157,0 ± 7,9cm	
Peso	77,8 ± 14,1kg	
IMC	31,5 ± 4,9	
Total	37	100,0

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, prática de atividade física e dados antropométricos das gestantes participantes da pesquisa. Caxias - MA, 2019.

Fonte: Pesquisadora, 2019.

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal.

A tabela 2 apresenta os dados relacionados ao diagnóstico de HAS, onde pode-se observar que 64,9% (24) delas descobriram o diagnóstico há menos de 1 ano; e 35 94,6% (35) possuem antecedentes familiares de HAS. Em relação à frequência de busca por consulta, 64,9% (24) disseram que vão ao médico uma vez ao mês para avaliação da HAS. No que concerne às doenças associadas à HAS, 18,9% (07) possuem diagnóstico de Diabetes Mellitus. Quanto ao tratamento da HAS, 35,1% (13) fazem uso de medicamentos associados à dieta adequada com controle do sal. Das que fazem uso de medicamentos para HAS, 89,2% (33) utilizam metildopa.

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico da HAS		
<1 ano	24	64,9
1-3 anos	08	21,6
4-6 anos	03	8,1
7-9 anos	-	-

>10 anos	02	5,4
Antecedentes familiares com HAS		
Sim	35	94,6
Não	02	5,4
Frequência de busca por consulta		
1x ao mês	24	64,9
2x ao mês	07	18,9
1x a cada 2 meses	03	8,1
2x ao ano	02	5,4
1x ao ano	01	2,7
Doenças associadas à HAS		
Não	30	81,1
Diabetes Mellitus	07	18,9
Tratamento da HAS		
Nenhum	01	2,7
Somente com medicamento	08	21,6
Medicamento(s) e atividade física	02	5,4
Medicamento(s) e dieta adequada (sem controle do sal)	04	10,8
Medicamento(s) e dieta adequada (com controle do sal)	13	35,1
Medicamento(s), atividade física e dieta adequada (sem controle do sal)	-	-
Medicamento(s), atividade física e dieta adequada (com controle do sal)	09	24,3
Medicamentos utilizados no tratamento da HAS		
Nenhum	01	2,7
Metildopa	33	89,2
Besilato de Anlodipino	01	2,7
Nifedipina	01	2,7
Nifedipina e Cloridrato de Hidralazina	01	2,7
Total	37	100,0

Tabela 2. Dados relacionados ao diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica entre as gestantes participantes da pesquisa da pesquisa. Caxias - MA, 2019.

Fonte: Pesquisadora, 2019.

Legenda: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

A tabela 3 apresenta os dados relacionados ao perfil reprodutivo e obstétrico das gestantes, onde 70,3% (26) encontravam-se com mais de 28 semanas de gestação. Quanto ao início do pré-natal, 35,1% (13) iniciaram entre 6 e 10 semanas. Quanto à assiduidade nas consultas de pré-natal, 89,3% (33) eram regulares. Em relação à paridade, 67,5% (25) eram multíparas. Quanto ao tipo de parto, 32,4% (12) tiveram somente parto normal. Sobre a ocorrência de complicações na gestação anterior, 46% (17) não tiveram; das que tiveram, 13,5% (05) apresentaram infecção urinária. No que se refere ao histórico

reprodutivo anterior, 29,7% (11) tiveram aborto.

Variáveis	N	%
Idade gestacional		
1-13 semanas	03	8,1
14-27 semanas	08	21,6
>28 semanas	26	70,3
Início do pré-natal		
1-5 semanas	11	29,7
6-10 semanas	13	35,1
11-15 semanas	08	21,6
16-20 semanas	05	13,5
Assiduidade nas consultas de pré-natal		
Regular	33	89,2
Irregular	04	10,8
Paridade		
Primípara	12	32,4
Múltipara	25	67,6
Tipo de parto anterior		
Nenhum	11	29,7
Normal	12	32,4
Cesárea	10	27,1
Ambos	04	10,8
Histórico de complicações em gestação anterior		
Não se aplica	08	21,6
Nenhuma	17	46,0
Infecção urinária	05	13,5
Anemia	02	5,4
Pré-eclâmpsia	04	10,8
Outra	01	2,7
Histórico reprodutivo anterior		
Nenhum	25	67,6
Aborto	11	29,7
Óbito fetal	01	2,7
Total	37	100,0

Tabela 3. Perfil reprodutivo e obstétrico das gestantes participantes da pesquisa. Caxias - MA, 2019.

Fonte: Pesquisadora, 2019.

DISCUSSÃO

No que se refere às características demográficas, a faixa etária foi semelhante a encontrada na literatura. Na amostra de Silva *et al.* (2019), 67,4% das gestantes estavam na faixa etária entre 25 e 36 anos. Na pesquisa conduzida por Costa *et al.* (2016), 82% das gestantes tinham entre 15 a 35 anos. Já no estudo de Frigo *et al.* (2013), a faixa etária oscilou entre 19 e 33 anos, sendo a faixa etária entre 20 e 30 anos a mais prevalente.

Diante disso, nota-se que a idade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da HAS nessa população. Sobre isso, Gravena *et al.* (2012) discorrem que mulheres com idade superior a 35 anos apresentam maior tendência de ocorrência de resultados perinatais adversos que mulheres entre 20 e 34 anos. Benfateh *et al.* (2018) explicam que mulheres acima de 35 anos tem de 2 a 4 vezes mais chances de desenvolver pré-eclâmpsia.

Quanto a raça, a maioria das participantes se autodeclararam pardas. Essa prevalência está de acordo com o apresentado por outros estudos. Na pesquisa de Nóbrega *et al.* (2016), a cor parda foi a mais prevalente, apresentando percentual de 87,60%. Campos *et al.* (2019) realizaram um estudo prospectivo com 457 gestantes, das quais, 348 (76%) se autodeclararam pardas. De acordo com Gomes *et al.* (2013), essa prevalência de cor parda decorre da elevada miscigenação presente no Brasil.

Sobre o estado civil, 81,1% eram casadas, corroborando com Campos *et al.* (2019), Silva *et al.* (2019) e Rodrigues (2010), que apresentaram, respectivamente, prevalências de 79%, 67,3% e 59,10%. Para Silva *et al.* (2019), esta é uma condição favorável para o bom desenvolvimento pré-natal, visto que a mulher teria o apoio do parceiro para compartilhar seus anseios, angústias, medos e dúvidas.

Na variável escolaridade, 75,6% das entrevistadas possuíam ensino médio ou fundamental, e apenas 24% possuíam ensino superior. Versiani e Fernandes (2012) realizaram um estudo com gestantes internadas em um Hospital Universitário e identificaram que apenas 11% possuíam curso superior completo ou estavam cursando, 47% tinham ensino fundamental completo ou incompleto e 26% tinham ensino médio completo ou incompleto.

Rodrigues *et al.* (2017) e Dias e Santos (2016) também apresentaram resultados semelhantes no quesito escolaridade. Naquele, 44,2% das gestantes possuíam ensino médio completo ou incompleto. No estudo de Dias e Santos (2016), mais da metade da amostra possuía ensino médio completo (55,3%), e apenas 2% tinham ensino superior.

A escolaridade influencia diretamente na qualidade e no padrão de vida da mulher (XAVIER *et al.*, 2013). Araújo *et al.* (2019) e Temóteo *et al.* (2018) demonstraram que a mulheres com baixa escolaridade estão mais susceptíveis a adquirir doenças sexualmente transmissíveis e depressão pós-parto. Frigo *et al.* (2013) complementam que o baixo nível de escolaridade está ligado a menor acesso a informação e, por consequência, menos conhecimentos sobre hábitos saudáveis.

Ferraz e Bordignon (2012) realizaram um estudo para determinar o perfil de mortalidade materna no Brasil entre os anos 2000 e 2009. Os autores identificaram que a mortalidade materna estava associada a baixa escolaridade, raça/cor parda, estado civil solteira e faixa etária entre 20 e 29 anos. Tais resultados reforçam a importância da escolaridade na prevenção de complicações na gestação.

Com relação a ocupação, houve prevalência de donas de casa, corroborando com outras pesquisas publicadas anteriormente. No estudo de Paiva *et al.* (2019), 36% das gestantes eram donas de casa; no estudo de Santos *et al.* (2015), esse percentual foi de 68%; e no estudo de Costa *et al.* (2016), foi de 47,5%.

Quanto a renda familiar, esta foi um pouco superior a identificada por Oliveira *et al.* (2016) no estado de Alagoas, no qual 90% das gestantes ganhavam menos de meio salário mínimo. Em um estudo realizado no México, Hubert *et al.* (2019) observaram que mulheres pobres representavam uma proporção maior de gestantes, apresentando uma prevalência de 73,7%. Segundo Soares e Schor (2013), o nível socioeconômico está intimamente relacionado a vulnerabilidade social, visto que quanto menor for aquele, menor será o acesso e conhecimento sobre os métodos contraceptivos.

No item prática de atividade física, apenas 26% da amostra relataram ser fisicamente ativas, sendo que destas, a maioria pratica somente 2 vezes por semana. A maioria da amostra, 70,3%, relatou não praticar exercícios físicos. Esses achados corroboram com Abreu *et al.* (2019), no qual o sedentarismo esteve presente em 94,7% das participantes.

Em contraste, na pesquisa conduzida por Catov *et al.* (2018), apenas 18% das participantes relataram não realizar qualquer tipo de atividade física, ao passo que 35% realizavam atividade física de nível alto no primeiro trimestre e moderados no terceiro; e um terceiro grupo, correspondendo a 24%, relatou níveis moderados no primeiro e leves no terceiro trimestre.

Por meio dos resultados, os autores evidenciaram que as mulheres com níveis mais altos de atividade física apresentaram menos complicações durante a gestação. Os efeitos positivos do exercício físico na gestação foram evidenciados por Spracklen *et al.* (2016), que demonstraram que a prática de exercícios durante a gravidez pode reduzir o risco de pré-eclâmpsia e por Bahadoran *et al.* (2015) que demonstraram que o exercício de alongamento reduz a pressão sistólica e diastólica no segundo trimestre de gravidez e a controla no terceiro trimestre, contribuindo dessa maneira para a prevenção de alterações na pressão arterial.

Quanto aos fatores antropométricos, o peso médio foi de $77,8 \pm 14,1$ kg e o IMC apresentou média de $31,5 \pm 4,9$ kg/m². Gonçalves *et al.* (2012) investigaram o ganho de peso e o IMC de gestantes no início e no final da gravidez. Os resultados demonstraram que no início da gestação 63,1% das puérperas encontravam-se na faixa de peso entre 51

e 70 kg. Ao término do pré-natal, 51,4% apresentaram peso igual ou superior a 71 kg, tendo como média 73kg, corroborando com o atual estudo. Quanto ao IMC, no início da gestação, 55,9% valores entre 18,5 e 24,9 kg/m², o qual foi inferior ao da presente pesquisa.

De acordo com o Ministério da Saúde, o IMC após a 28^a semana é considerado adequado quando se apresenta entre 23 e 27,5 kg/m²; valores entre 27,6 e 31,9 kg/m² são considerados sobrepeso, e valores acima de 32 kg/m² correspondem a obesidade. Diante disso, observa-se que as gestantes investigadas, em sua maioria, encontravam-se com sobrepeso (BRASIL, 2017). Oliveira *et al.* (2015) discorrem que o IMC elevado entre 26 Kg/m² – 30 Kg/m² aumentam em 2 vezes o risco de desenvolver HAS, e quando acima de 30 kg/m², o risco é 3 vezes maior.

No que tange ao tempo de diagnóstico da HAS, Silva Junior *et al.* (2016) apresentaram dados a respeito. No respectivo estudo, 14,9% dos diagnósticos ocorreram durante a gestação. Ademais, no estudo de Frigo *et al.* (2013), os autores relataram que 5 mulheres da respectiva amostra iniciaram tratamento precoce por já possuírem história pessoal de SHEG ou de HAS; no entanto, não foi possível identificar há quanto tempo as mesmas possuíam o diagnóstico de HAS.

Quanto aos antecedentes familiares, foram relatados por 94,6% da amostra, corroborando com os estudos de Costa *et al.* (2016), que avaliaram o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco no município de Francisco Beltrão-PR, e observaram que 88,5% das gestantes apresentavam algum antecedente familiar de doença crônica, sendo a HAS a mais prevalente, com 63,9%.

No estudo de Dias e Santos (2016), realizado em Belém - PA, a prevalência de antecedentes familiares de HAS foi de 63,3%, seguida de DM (36,7%), que também apresentou-se associada a HAS na presente pesquisa. A associação entre HAS e DM também foi identificada no estudo de Paiva *et al.* (2019), no qual 17% das participantes apresentavam as duas patologias associadas.

Quanto aos fármacos, a metildopa foi o medicamento mais utilizado. No estudo realizado por Nóbrega *et al.* (2016) que avaliaram prontuários de 468 gestantes entre 2008 e 2012, a metildopa, junto com a nifedipina, foram os fármacos mais utilizados no ano de 2008, sendo que a metildopa foi utilizada por 51,10% das gestantes.

A metildopa é um agente simpatolítico que reduz o tônus simpático e, por consequência, a resistência vascular sistêmica e o débito cardíaco. O controle da pressão arterial é gradativo, com cerca de 6 a 8 horas, por conta do seu mecanismo de ação indireto. Na gestação é o fármaco de escolha para o controle da pressão arterial, salvo em casos de emergências, por não apresentar qualquer modificação adversa na hemodinâmica placentária e fetal (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

Sobre os dados apresentados na tabela 3, no que tange ao perfil reprodutivo, a idade

gestacional de 28 semanas (70,3%) foi superior a de Abreu *et al.* (2019), que apresentou uma idade gestacional média de $14,6 \pm 3,3$; e a de Paiva *et al.* (2019), cuja predominância foi entre 16 e 19 semanas (18,6%). Mas, a pesquisa de Benfateh *et al.* (2018) apresentou uma idade gestacional média superior, 36,2 semanas. Concernente com o estudo anterior, Nobrega *et al.* (2016) apresentou um percentual de 76,30% de mulheres entre 35 e 40 semanas.

O início do pré-natal ocorreu, predominantemente, entre a sexta e a décima semana. Este achado está de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde, que dispõe que a captação da gestante deve ser realizada até a 12^o semana de gestação, a fim de evitar complicações tardias, sendo, portanto, um importante fator para a redução da morbimortalidade materna (BRASIL, 2012; LEITE *et al.*, 2011).

Na presente pesquisa foi identificada uma prevalência de múltiparas. Esses achados são condizentes com Abreu *et al.* (2019), que apresentou percentual de 57,9%; Costa *et al.* (2016), 70,5%; Silva Junior *et al.* (2016), 52%; Rodrigues *et al.* (2017), 64,7%; e Leite *et al.* (2011), com predomínio de 53,6%. Em contraste, Benfateh *et al.* (2018) e Rodrigues (2010) apresentaram uma prevalência de primíparas, correspondendo a 57,61% e 50,30%, respectivamente.

O tipo de parto mais prevalente foi o normal. Esses achados não corroboram com o que apresenta a literatura, na qual a maioria dos estudos aponta prevalência de parto cesáreo. No estudo de Silva Junior *et al.* (2016), 67,1% das participantes realizaram parto cesáreo. No estudo de Costa *et al.* (2016), a prevalência foi de 80%; e no estudo de Dias e Santos (2016) foi de 95,5%.

Segundo Cruz *et al.* (2018), a hipertensão causa uma produção desregulada de citocinas, moléculas do Complexo Principal de Histocompatibilidade (MHC) e problemas na circulação que levam a hipoperfusão e, por conseguinte, isquemia placentária, contribuindo para o risco de prematuridade. Diante disso, o profissional obstetra pode antecipar o trabalho de parto objetivando reduzir as chances de morbimortalidade materno-infantil.

Na presente pesquisa, 46% da amostra relataram não ter sofrido nenhuma complicação na gestação anterior. Naquelas que relataram complicações, IU foi a mais prevalente. Corroborando com esses achados, Sampaio *et al.* (2018), em estudo realizado no Acre, observaram a ocorrência da IU como a mais frequente em sua amostra, sendo relatada por 130 (39,9%) das 326 gestantes que participaram da pesquisa. Costa *et al.* (2016) também relataram uma prevalência de infecções no trato urinário na sua amostra, a qual foi de 52,5%.

A IU geralmente é diagnosticada com base em achados clínicos de bacteriúria, juntamente com os sintomas relatados pelo paciente. As mulheres grávidas têm um risco aumentado de ascensão bacteriana aos rins e pielonefrite, devido em parte à dilatação da

pelve e ureteres até a oitava semana de gravidez (GILBERT et al., 2013).

Hackenhaar, Albernaz e Tomas (2011) demonstraram em sua revisão bibliográfica que a ocorrência de IU em gestantes está associada a menor renda familiar, menor escolaridade e menor faixa etária. Além disso, os autores relataram que a IU também aumenta as chances de ocorrência de HAS, anemia, infecção do trato genital, ruptura de membranas e nascimento pré-termo.

O histórico de aborto na presente pesquisa apresentou um percentual de 29,7%. Esses resultados corroboram com Pereira (2018) que traçaram o perfil epidemiológico de gestantes atendidas em um Hospital universitário na cidade de São Luís - MA e observaram que 64% delas relataram não possuir nenhum histórico de aborto, 28% relataram aborto espontâneo e 8%, aborto provocado.

No estudo de Paiva *et al.* (2019), as taxas de abortamento também foram semelhantes a da presente pesquisa. Após analisarem 536 prontuários, foi observado que, 65,9% da amostra referiram nenhum aborto; 23,5% apenas um; e 10,6% dois ou mais. Corroborando com os demais achados, Peixoto et al. (2012) demonstraram que 80% da sua amostra não possuíam histórico de aborto; 17,7% relataram um abortamento e 2,3% relataram dois ou três.

Prandini *et al.* (2016), identificaram o perfil epidemiológico de gestantes atendidas na maternidade de um Hospital Universitário em Santa Catarina. Foram abordadas 27 gestantes atendidas pela referida maternidade. Destas, 22,2% apresentaram histórico de aborto, os quais ocorreram principalmente entre a décima e décima segunda semanas de gestação. Quando questionadas sobre os motivos do aborto, 11,1% foram espontâneos, 7,4% foram desconhecidos, e 3,7% ocorreram devido a utilização de Dispositivo Intrauterino (DIU).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que o perfil das gestantes hipertensas é predominantemente caracterizado por mulheres acima de 26 anos, pardas, casadas, de baixa escolaridade, baixa renda e donas de casa. É possível observar que as características sociodemográficas podem influenciar na ocorrência de HAS durante a gestação, principalmente no que diz respeito à escolaridade e renda, pois estas estão ligadas ao nível e acesso ao conhecimento sobre a doença por parte destas mulheres, e conseqüentemente aos métodos de prevenção. Além disso, o sedentarismo, sobrepeso e altos valores de IMC, evidenciados neste estudo, são frequentemente mencionados na literatura como fatores de risco para HAS.

Outro importante dado foi o fato de mais da metade das gestantes ter descoberto o diagnóstico de hipertensão há menos de um ano, inferindo que estas, provavelmente, adquiriram a doença durante a gestação. Vale destacar também que quase todas possuem antecedentes familiares de HAS, o que as torna suscetíveis a desenvolvê-la em qualquer fase da vida, com destaque para o período gestacional, devido às peculiaridades deste período.

Pode-se perceber também que a maioria das gestantes realiza consultas referentes à HAS uma vez ao mês, ou seja, durante as consultas de pré-natal, momento oportuno para detectar precocemente situações ou agravos que possam comprometer a saúde tanto da mãe quanto do feto e, assim, intervir nas complicações e prevenir desfechos negativos. Além disso, uma significativa parcela destas mulheres apresentou DM concomitante ao diagnóstico de HAS, fato preocupante, pois a presença dessas duas patologias associadas aumenta os riscos de desfechos obstétricos neonatais negativos.

Não se pode deixar de mencionar o número expressivo de complicações e eventos negativos em gestações prévias, tais como IU, anemia, pré-eclâmpsia e abortos, que somados se tornam fatores de risco para o desenvolvimento de complicações recorrentes ou mesmo HAS em gestações atuais.

Por fim, faz-se necessário um conjunto de ações técnicas multiprofissionais e de gestão de saúde que possam proporcionar a essas gestantes neste período uma atenção cautelosa, principalmente entre as gestantes com diagnóstico de HAS, visando promover uma assistência de qualidade e reduzir as morbidades que levam as mulheres a desenvolver uma gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. F. S. *et al.* Associação de preditores de doença cardiovascular em gestantes: um estudo longitudinal. **Rev Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 3, n. 1, 2019.
- ALVES, R. N. Fisioterapia durante a gestação: um estudo comparativo. **Fisioter Brasil**, v. 6, n. 4, p. 265-270, 2018.
- ALVES, R. N. Fisioterapia durante a gestação: um estudo comparativo. **Fisioter Brasil**, v. 6, n. 4, p. 265-270, 2018.
- ANGELO, B. H. B., DE BRITO, R. S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1163-70, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 421-429, 2019.
- ASSIS, T. R. *et al.* Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 1, p. 11-7, 2016.
- BAHADORAN, P. *et al.* The effect of stretching exercise and walking on changes of blood pressure in nulliparous women. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 20, n. 2, p. 205–210, 2015.
- BARRA, S. *et al.* Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Rev Port Cardiol**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012.
- BAVARESCO, G. Z. *et al.* O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3259-3266, 2011.
- BENFATEH, M. *et al.* Risk factors and poor prognostic factors of preeclampsia in Ibn Rochd University Hospital of Casablanca: about 401 preeclamptic cases. **Pan Afr Med J**, v. 31, n. 225, 2018.
- BOCCUCCI, A. M. P. F. *et al.* Mães primíparas de 30 a 49 anos de idade no Distrito Federal 1996-2013. **Anais**, p. 1-30, 2017.
- BORGES, D. A. I. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Rev Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **IMC para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 2001. [acesso em 04 agosto 2021]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. Brasília (DF); 2013.

- Brodribb, W. *et al.* The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. **BMC Fam Pract**, v. 25, n. 4, p. 139, 2013.
- BURTI, J. S. *et al.* Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 4, p. 193-198, 2016.
- CAMPOS, M. dos S. B. *et al.* Posicionamento sobre Exercícios Físicos na Gestação e no Pós-Parto–2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, p. 160-180, 2021.
- COIMBRA, F. R. *et al.* Fisioterapia no suporte a parturientes. *Revista Científica da FEPI-Revista Científica Universitas*, 2016
- CAMPOS, C. A. S. *et al.* Ganho de peso gestacional, estado nutricional e pressão arterial de gestantes. **Rev Saude Publica**, v. 53, p. 57, 2019.
- CARVALHO, K. E. de. Hidroterapia com treinamento do assoalho pélvico na gestação reduz incontinência urinária após o parto, 2021.
- CATOV, J. M. *et al.* Patterns of leisure-time physical activity across pregnancy and adverse pregnancy outcomes. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 15, v. 1 68, 2018.
- CORREIA, D. S. *et al.* Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 1, p. 40, 2011.
- COSTA, L. D. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Rev Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08. 2016.
- COSTA, C. C. *et al.* Atenção nutricional materno-infantil no puerpério. **Ciência ET Praxis**, v. 11, n. 22, p. 23-30, 2018.
- CRUZ, A. F. N. *et al.* Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: um estudo descritivo com abordagem quantitativa. **J Res: Fundam Care [online]**, v. 8, n. 2, p. 4290-9, abr/jun. 2016.
- CRUZ, S. S. da *et al.* Prematuridade ao nascer, hipertensão materna e outros fatores associados: um estudo de caso-controle na região do Vale do São Francisco. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 20, n. 4, p. 113-119, out./dez, 2018.
- DA ROSA, R. L. *et al.* Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde. **Cinergis**, v. 15, n. 2, 2014.
- DA SILVA, L. S. *et al.* Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Rev Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 2, 2015.
- DA SILVA, M. R.; KREBS, V. A. Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 611-620, 2021.
- DE ARAÚJO, R. *et al.* Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. **Rev Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 567-587, 2016.
- DE LIMA, Fernanda Brito do Nascimento et al. **Maternidade**: significados atribuídos por adolescentes primíparas. 2017.

DE SOUZA, V. F. *et al.* Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclâmpsia. **Fisioter Mov**, v. 23, n. 4, 2017.

DELGADO, G. P. S. **Hipertensão arterial na gravidez: como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria da qualidade de vida das grávidas hipertensas**. 2014. 81 p. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Mindelo, Mindelo (Portugal). 2014.

DIAS, R. M. Matias; SANTOS, S. N. Perfil epidemiológico das mulheres com síndromes hipertensivas na gestação e sua repercussão na prematuridade neonatal em uma maternidade pública de Belém/PA. **Enferm Brasil**, v. 15, n. 1, 2016.

DOS SANTOS, M. B. *et al.* Papel da Fisioterapia em Obstetrícia: avaliação do nível de conhecimento por parte dos médicos e equipe de enfermagem, gestantes e puérperas da rede pública de Barueri/SP. **Rev Bras Pesqui Saúde**, v. 19, n. 2, p. 15-20, 2018.

FERREIRA, M. *et al.* Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

FRANCO, C. A. S. de J. **Prematuridade, um começo diferente? Uma amostra com mães primíparas e múltiparas**. 2012. Tese (Doutorado).

FREITAS, F. *et al.* Rotinas em obstetrícias. 7. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2017

FRIGO, J. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação atendidas no serviço de referência municipal. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 2, p. 109-111, 2013.

GASPARETTO, A. A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 2, p. 86-92, 2018.

GILBERT, N. M *et al.* Urinary tract infection as a preventable cause of pregnancy complications: opportunities, challenges, and a global call to action. **Global Adv Health Med**, v. 2,5, p. 59-69, 2013.

GOMES, A. de S. *et al.* Análise dos níveis pressóricos em gestantes no diagnóstico precoce da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 4, p. 923-931, 2013.

GOMES, M. R. de A. *et al.* Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. **Rev Dor**, v. 14, n. 2, p. 114-117, 2013.

GOMES, R. N. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Caxias/MA. **Rev Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 81-90, 2015.

GOMES, G. F.; DOS SANTOS, A. P. V. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211-220, 2017.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 15-21, 2012.

GUIMARÃES, X. N. F. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 3, 2017.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2016.

- HUBERT, C. et al. Fatores associados à gravidez e maternidade entre mulheres mexicanas com idade de 15 a 24 anos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00142318, 2019.
- KAHHALE, S. et al. Pré-eclâmpsia. **Rev Med**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018.
- LOPES, G. T. et al. Hipertensão gestacional e a Síndrome HELLP: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Rev Augustus**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 36, p. 77-89, jul/dez. 2013.
- MACHADO, A. F. P. et al. Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: revisão de literatura. **Man Ther Posturo Rehab J**, v. 10, n. 48, 2012.
- MARTINS, M. et al. Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1004-12, dez. 2014.
- MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 802-808, 2012.
- MASTROANTONIO, E. M.; MORAIS, J. S. L. A., O Fisioterapeuta como Membro da Equipe Multidisciplinar no Pronto Socorro, **Journal of Health Sciences**, vol. 20, n. 1, p. 34-9, 2018.
- MAZZO, M. H. S. N. et al. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 663-7, 2014.
- MENDES, C. F. d A. et al. Estratégias de cuidado interprofissional na assistência a saúde da puérpera na atenção primária à saúde. Uma revisão integrativa sobre prática clínica na assistência a saúde da puérpera na atenção primária à saúde. Uma revisão integrativa sobre prática clínica. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, 2021.
- MORAIS T. et al. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, 2013.
- MOURA, M. A. V. et al. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 429- 434, 2011.
- NASCIMENTO, T. et al. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em adolescentes: uma revisão de literatura. **Ideias e Inovação-Lato Sensu**, v. 2, n. 2, p. 69-76, 2014.
- NASCIMENTO, M. A. Papel da fisioterapia no período gestacional e a visão sobre a atenção primária na rede pública de saúde, 2021
- NERY, N. G. et al. Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 729-743, 2021.
- NÓBREGA, M. de F. et al. Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(5):1805-11, maio., 2016.
- NOVO, J. L. V. G. et al. Mortalidade materna por eclâmpsia. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 10, n. 2, p. 209-17, 2010.
- OLIVEIRA, A. C. M. et al. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 441-51, set. 2015.

OLIVEIRA, E. K. dos S. *et al.* Perfil das gestantes cadastradas em um centro de referência da assistência social do município de Rio Largo no estado de Alagoas no período de 2013 a 2014. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3. n.2. p. 177-190, 2016.

OLIVEIRA, J. F. B. *et al.* Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

PAIVA, D. S. de B. S. *et al.* Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **REAS**, v. 11, 2019.

PEIXOTO, C. R. *et al.* Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza - CE. **Rev Min Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 171-177, abr./jun., 2012.

PERAÇOLI, J. C. *et al.* Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev Bras Ginecol Obstetr**, p. 627-634, 2016.

PEREIRA, G. V. **Perfil epidemiológico de gestantes atendidas no pré-natal especializado.** Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Maranhão. 2018.

PERFETTO, C. S. R. *et al.* Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 1, 2017.

PRANDINI, N. R. *et al.* Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário santa terezinha, Joaçaba, SC. **Noesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 7, n. 1, p. 105-110, jan./jun., 2016.

RAMOS, A. V. B. *et al.* A gestação no segundo trimestre de usuárias da clínica de saúde da mulher e o papel da fisioterapia. **Movimento**, v. 4, n. 21, 2012.

RIBEIRO, C. D. *et al.* Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 379-393, 2015.

ROCHA, L. *et al.* Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. **Rev Enferm UFPE**, v. 8, n. 1, 2014.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE**, Sobral, v. 16, Supl. 01, p. 23-28, 2017.

RODRIGUES, E. T. **Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas em um hospital de Cáceres - Mato Grosso.** 2010. 128 p. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RODRIGUES, I. R. *et al.* Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 774-781, 2016.

RODRIGUES, T. M. M. *et al.* A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 4, n. 2, p. 21-26, 2011.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT.** 2012.

SAMPAIO, A. F. S. *et al.* Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 18, n. 3, p. 567-575, jul./set., 2018.

SANTOS, N. L. B. *et al.* A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. **Rev Psicol Saúde**, v. 8, n. 2, p. 83-96, 2016.

SANTOS, Z. M. de S. A. *et al.* Autocuidado da gestante adolescente na prevenção dos fatores de risco da Síndrome Hipertensiva Específica Da Gravidez (SHEG). **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 20, n. 3, p. 173-180, 2012.

SANTOS, Z. M. de S. A. *et al.* Specific hypertensive disorders of pregnancy in a tertiary hospital in northeastern Brazil: epidemiological profile. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 4, p. 613-620, out./dez., 2015.

SILVA, A. *et al.* Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

SILVA, F. B. *et al.* Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Rev Psicol-Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, p. 19-34, 2013.

SILVA, F. R. R. da. **Fatores associados à hipertensão na gravidez**. 2015.

SILVA, J. D. C. *et al.* Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **REAS**, v. sup. 23, 2019.

SILVA, K. B. da. *et al.* Prevalência da lombalgia e sua associação com atividades domésticas em gestantes do município de Itabuna, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 387, 2012.

SILVA, R. B. *et al.* Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 4, n. 4, 2018.

SIQUEIRA, F. *et al.* Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. **Com Ciências Saúde**, v. 22, sup. 1, S55-S68, 2011.

SOARES, J. C. S. *et al.* Óbitos maternos por Síndromes Hipertensivas induzidas pela gravidez no estado de Alagoas no período de 2009-2013. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n.3, p. 67-79, mai. 2015.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1041-1050, 2013.

SPRACKLEN, C. N. *et al.* Physical Activity During Pregnancy and Subsequent Risk of Preeclampsia and Gestational Hypertension: A Case Control Study. **Matern Child Health J**, v. 20, n. 6, p. 1193-1202, 2016.

TABORDA, Joseane Adriana *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad Saúde Colet**, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

TAKAGI, M. M. *et al.* Resultados perinatais em gestantes acima de 35 anos. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 55, n. 3, p. 108-114, 2018.

TANAKA, S. C. S. V. *et al.* Polimorfismos no gene VEGF para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas gestacionais: revisão de literatura. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 3, n. 2, p. 86-96, jul/dez. 2014.

TAVARES, L. R. C. *et al.* Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 9-19, 2018.

TEMÓTEO, M. P. *et al.* Fatores associados à depressão pós-parto e instrumento para o diagnóstico precoce. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG, 2018. **Anais do IV SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG**, 2018.

TRAJANO, M. d F. C. *et al.* Consequências da maternidade na adolescência. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012.

VERSIANI, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Rev Norte Min Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 68-78, 2012.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1221-1232, 2018.

APÊNDICES

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO MARANHÃO – UNIFACEMA APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

- 1) Raça: () Branca () Amarela () Parda () Negra
- 2) Faixa etária: () 18-25 anos () 26-40 anos () > 40 anos
- 3) Profissão/Ocupação: _____
- 4) Estado civil: () casada () solteira () divorciada () viúva
- 5) Escolaridade: () sem escolaridade () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior
- 6) Renda familiar mensal: () até 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos
- 7) Altura: _____
- 8) Peso: _____
- 9) IMC: _____
- 10) Há quanto tempo você foi diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica?
() < 1 ano () 1 a 3 anos () 4 a 6 anos () 7 a 9 anos () 10 a mais
- 11) Tem antecedentes familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)?
() Sim () Não
- 12) Com que frequência você busca se consultar da Hipertensão Arterial?
() 1 vez/mês () 2 vezes/mês () 1 vez a cada 2 meses () 2 vezes/ano
() 1 vez/ano Outro: _____
- 13) Pratica alguma atividade física? () sim () não
- 14) Caso pratique atividade física, com que frequência pratica?
() 1 vez/semana () 2 vezes/semana () 3 vezes/semana () 4 vezes/semana
() 5 vezes ou mais/semana
- 15) Doença associada à hipertensão arterial sistêmica:
() diabetes mellitus () doença cardiovascular () doença renal () doença pulmonar () doença hematológica () doença neurológica () neoplasia () Nenhuma Outra: _____

16) Como se dá seu tratamento da hipertensão arterial?

somente com medicamento(s) com medicamento(s) e atividade física
 com medicamento(s) e dieta adequada (sem controle do sal) com medicamento(s)
e dieta adequada (com controle do sal) com medicamento(s); atividade física e
dieta adequada (sem controle do sal) com medicamento(s); atividade física e dieta
adequada (com controle do sal)

17) Medicamento(s) utilizado(s) no tratamento da Hipertensão Arterial:

18) Idade gestacional em que se encontra (em semanas):

de 1 a 13 semanas de 14 a 27 semanas mais de 28 semanas

19) Com quantas semanas de gravidez iniciou o pré-natal? _____

20) Assiduidade nas consultas do pré-natal: regular irregular

21) Paridade: primípara múltipara

22) Se múltipara, tipo(s) de parto(s) anterior(es):

normal/vaginal cesárea normal e cesárea

23) Se múltipara, histórico de complicações em gestação anterior, do tipo:

episódio de infecção urinária sífilis anemia pré-eclâmpsia
eclâmpsia diabetes gestacional toxoplasmose rubéola outra: _____
_____ nenhuma

24) Histórico reprodutivo anterior:

aborto óbito fetal morte NADA



CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

DE GESTANTES

COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br







CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

DE GESTANTES

COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora

Ano 2021